UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 83

Réflexions sur l'Hystérie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Juin 1952

par

Fernand-Jean-Marie PERRENS

né le 31 Juillet 1922 à BORDEAUX (Gironde)

Ancien Externe des Hôpitaux
Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Château Picon

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur, *Président*
CREIX, professeur
PIÉCHAUD, professeur
BERGOUIGNAN, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 1951-1952 — N° 83

Réflexions sur l'Hystérie

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Lundi 9 Juin 1952

par

Fernand-Jean-Marie PERRENS

né le 31 Juillet 1922 à BORDEAUX (Gironde)

Ancien Externe des Hôpitaux
Interne à l'Hôpital Psychiatrique de Château Picon

Examinateurs de la Thèse

MM. DELMAS-MARSALET, professeur, *Président*
CREIX, professeur
PIÉCHAUD, professeur
BERGOUIGNAN, agrégé
Juges

BORDEAUX
IMPRIMERIE SAMMARCELLI FRÈRES
80 bis, Cours de l'Argonne

1952

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

DOYENS HONORAIRES : MM. DUPÉRIÉ, CHELLE

DOYEN : M. PORTMANN. — **ASSESSEUR** : M. SIGALAS

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. A. MANDOUL, GUYOT, ANDÉRODIAS, ROCHER, LANDE, DUVERGEY, CARLES, LEURET, PÉRY, LABAT, CHARRIER, DUBREUIL, MACHEBŒUF, CRUCHET, DUPERIE, CHELLE

PROFESSEURS :

	MM.
Clinique médicale	N... / CREYX
Clinique chirurgicale	PAPIN / MASSÉ
Clinique d'accouchements	RIVIÈRE
Clinique gynécologique	MAGENDIE
Anatomie pathologique et microscopie clinique	DE GRAILLY
Anatomie	N...
Anatomie générale et histologie	MAYER
Hygiène et Clinique de la tuberculose	PITCHAUD
Médecine légale et médecine du travail	DERVILLÉE
Electroradiologie et Clinique d'électricité médicale	REBOUL
Chimie	N...
Matière médicale	GOLSE
Pharmacie	VITTE
Physiologie	FABRE
Clinique médicale des maladies des enfants	FONTAN
Zoologie et parasitologie	SIGALAS

	MM.
Médecine expérimentale	N...
Clinique ophtalmologique	BEAUVIEUX
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	N...
Clinique des maladies infectieuses	N...
Clinique biologique et médicale	TAYEAU
Physique médicale et pharmaceutique	PIFFAULT
Médecine coloniale et Clinique des maladies exotiques	BONNIN
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JOULIA
Clinique des maladies des voies urinaires	DARGET
Clinique des maladies nerveuses et mentales	DELMAS-MARSALET
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	PORTMANN
Toxicologie et hygiène appliquée	CASTAGNOU
Clinique odonto-stomatologique	DUBECQ
Botanique et cryptogamie	GIRARD
Thérapeutique	BROUSTET

PROFESSEUR A TITRE PERSONNEL

MESNARD (Pharmacie)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. PERRENS (Maladies mentales), DUFOUR (Anatomie), BLANQUET (Physique pharmaceutique)

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS :

	MM.
Parasitologie	PAUTRIZEL
Physiologie	Mlle ROUGIER
Bactériologie	MOUSTARDIER

	MM.
Pharmacie (1re section)	R. GOLSE
Pharmacie (2e section)	MASQUELIER
Pharmacie (3e section)	CAZAUX

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.
Médecine générale	SARIC / DUBARRY / F.-J. TRAISSAC / BERGOUIGNAN / LENG-LEVY
Chirurgie générale	POUYANNE / LAUMONIER / CHAVANNAZ
Chimie biologique	N...
Obstétrique	MAHON / CHASTRUSSE

	MM.
Ophtalmologie	BESSIERE
Oto-rhino-laryngologie	DESPONS
Dermatologie et syphiligraphie	LE COULANT
Histologie	N...
Pédiatrie et puériculture	VERGER
Médecine légale et médecine du travail	L'ÉPÉE
Electro-radiologie	LACHAPÈLE
Odonto-stomatologie	MARONNEAUD
Urologie	LANGE

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.
Médecine opératoire	DUFOUR
Accouchements	CHASTRUSSE
Puériculture	VERGER
Législation pharmaceutique	POPLAWSKI / COUSTOU
Anatomie	RIGAUD
Chimie minérale	BABIN
Cryptogamie	LAUBIE

	MM.
Pharmacie galénique	MESNARD
Organographie et physiologie végétale	TEMPÈRE
Chimie biologique	NEUZIL
Pathologie chirurgicale	LAUMONIER / VILLAR
Zoologie pharmaceutique	BAILENGER
Hydrologie pharmaceutique	CAZAUX
Chimie biologique analytique	MARQUEVIELLE

Le Secrétaire de la Faculté : ROUGERIE

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

R.UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

A MA MÈRE

A MON PÈRE

LE DOCTEUR CH. PERRENS

Professeur de pathologie mentale
Médecin des hôpitaux psychiatriques

A MES PARENTS

A Monsieur le Professeur CASTAGNOU

Professeur de toxicologie et d'hygiène appliquées
Pharmacien des hôpitaux psychiatriques

A Monsieur le Docteur A. GARDES

Médecin des hôpitaux psychiatriques

A Monsieur le Docteur A. DONNADIEU

Médecin des hôpitaux psychiatriques
Médaille des épidémies

Nous conservons le souvenir d'un enseignement riche et varié. Il sera pour nous un modèle d'esprit médical.

A MES JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. BERGOUIGNAN

Médecin des hôpitaux
Croix de guerre
Officier d'Académie

MONSIEUR LE PROFESSEUR M. CREIX

Professeur de Clinique médicale
Médecin des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction publique

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIÉCHAUD

Professeur d'Hygiène et de Clinique de la tuberculose
Médecin des hôpitaux
Officier de la Légion d'honneur
Croix de guerre
Officier de l'Instruction publique
Chevalier de l'Ordre de la Santé
Médaille des épidémies
Fellow in the American Collège
of chest Physicians

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR DELMAS-MARSALET

Professeur de Clinique des maladies nerveuses et mentales

Médecin des hôpitaux

Chevalier de la Légion d'honneur

Croix de guerre

Officier de l'Instruction publique

Les instants trop courts passés dans votre service nous ont fait apprécier votre enseignement lumineux et votre simplicité.

Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de présider cette thèse; nous vous prions de trouver ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

AVANT-PROPOS

Ce travail n'est pas un manuel abrégé de l'hystérie. Maintes questions n'y seront pas traitées qui trouvent leur place dans les publications classiques. L'histoire de la grande névrose, si passionnante qu'elle soit, ne nous retiendra pas. C'est presque dommage. Mais Janet n'a-t-il pas écrit là-dessus des pages mémorables; n'a-t-il pas montré comment le courant du vieux magnétisme animal et celui de l'hystérie s'étaient réunis au confluent de la Salpétrière pour se fondre en un fleuve unique chaque jour grossi de nouveaux apports ? Hystérie et hypnotisme intimement mêlés l'un à l'autre et se rendant de mutuels services, devaient dès lors attirer à eux l'attention des chercheurs, du public et aussi de certains malades que des raisons diverses inclinaient à jouer les rôles qu'on voulait bien leur confier, ou à créer ceux que leur imagination les aidait à inventer. Ce fut un enthousiasme débordant, une sorte de délire collectif auquel n'échappèrent pas les meilleurs esprits. Dans les hôpitaux, dans les familles, sur les places publiques, dans les foires et dans les music-halls on pouvait assister aux expériences les plus convaincantes, aux phénomènes les plus étranges, spontanés ou provoqués. On s'endormait et l'on voyait s'endormir ses parents, ses voisins, ses amis, des étrangers. Les manifestations du somnambulisme, de la catalepsie, les yeux ouverts ou fermés, de la suggestion immédiate ou différée, les accidents hystériques proprement dits, devenaient la pâture des foules irrésistiblement portées à adopter la mystique nouvelle. Et comme dans le même temps, les spirites ne renon-

çaient à aucun de leurs droits, comme il arrivait que des médiums de qualité fussent choisis parmi des « sujets » que rien ne distinguait des hystériques authentiques, la confusion s'établissait partout. Babinski mit bon ordre à ces excès.

Nous ne nous attarderons pas davantage à décrire par le menu les syndromes hystériques. Leur description se trouve dans tous les livres de pathologie interne et de neurologie. Il nous a semblé utile d'étudier de préférence la pathogénie de l'hystérie et ses variations dans le temps, les théories qui attribuent ses accidents à des causes purement psychologiques ignorées des malades; celles qui, au contraire, voient en elle, non plus une affection « sine materia », mais le résultat de lésions du système nerveux, d'un hypofonctionnement ou d'un dérèglement de certains centres.

Partant de ces données qui ne nous fournissent, il faut le reconnaître, aucun élément de certitude, nous avons cherché dans le comportement de nos malades, s'il y avait plus de raison de croire à leur sincérité qu'à leur supercherie. En nous décidant pour l'une des deux hypothèses, nous tombons d'accord avec nombre d'auteurs modernes qui ne font, d'ailleurs, que codifier les soupçons d'auteurs plus anciens.

Nous avons été amené ainsi à tenter une définition de l'hystérie. On la jugera pour ce qu'elle vaut. Pour ceux qui pensent que l'hystérie est une névrose et que ses troubles sont d'origine « fonctionnelle », notre définition n'aura pas plus de poids que pour les auteurs qui cherchent dans une altération du diencephale l'explication de symptômes polymorphes et d'allure si paradoxale.

Dans le chapitre du diagnostic, nous insisterons, non point sur les différences entre les affections organiques et les accidents hystériques — et l'on voit pourquoi — , mais sur la distinction à établir entre les maladies mentales vraies et les épisodes délirants de l'hystérie, sur la juxtaposition à des troubles mentaux légers, mais indubitables, de symptômes qui n'ont rien à voir avec la maladie causale. Et l'on nous pardonnera de terminer par des notations cliniques touchant l'anxiété et l'hystérie, sur

ce qui pourrait les rapprocher en apparence et les oppose en fait, puisque de nos jours encore certains médecins et non des moindres, continuent à introduire dans l'hystérie des phénomènes émotifs qui ne doivent pas être confondus avec elle.

CHAPITRE PREMIER

PATHOGENIE DE L'HYSTERIE

1° Les théories psychologiques.

a) *La suggestion :*

C'est la suggestion qui fut le plus souvent et qui est encore invoquée pour expliquer la genèse des accidents hystériques, soit que les malades aient spontanément trouvé en eux les éléments nécessaires à la création de leurs troubles, soit qu'ils aient eu besoin de l'aide d'autrui pour y parvenir. En se fondant sur la lecture des innombrables ouvrages traitant de la question, on peut affirmer que l'hypothèse d'une suggestion causale eut le privilège de rallier la majorité des suffrages. Et cela se comprend aisément, si l'on songe que médecins et psychologues avaient toute latitude d'entendre le même terme, chacun à sa façon. Tout le monde ou presque était d'accord sur le mot. Il était vite sensible qu'on ne l'était pas sur la chose. Pour cela il suffisait de demander des précisions. Or, qu'il se fût agi d'événements pathologiques en apparence spontanés ou des idées, des modifications somatiques ou des actes imposés durant le sommeil hypnotique par un « magnétiseur », il était admis que dans tous les cas la suggestion jouait le rôle essentiel, sinon le rôle unique.

Sans doute s'élevaient, de-ci, de-là, quelques protestations. Elles venaient parfois d'hommes dont l'autorité était considérable. Dans la préface de Charcot à l'ouvrage de son élève

Pitres, « Leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme », nous relevons les lignes suivantes :

« On a plusieurs fois suspecté la légitimité de nos descriptions en objectant que les malades qui nous ont servi de modèles, confinés dans un service spécial, ont dû, par contamination réciproque, subir une espèce d'entraînement et acquérir ainsi une symptomatologie étrange, compliquée à l'excès, qui ne répondait pas aux types naturels. C'est ainsi qu'on a parlé, à la vérité toujours sans preuves, d'une hystérie propre à la Salpétrière, hystérie artificielle, hystérie de culture perfectionnée en quelque sorte par l'éducation, et qui ne s'observait pas dans d'autres milieux. A ces critiques reposant sur des vues purement spéculatives, nous avons depuis longtemps répondu par l'exposé de faits cliniques nombreux, montrant par exemple, que pour ce qui est relatif à la grande attaque d'hystérie, le rôle de « l'imitation », de la « suggestion » considérées comme modificateurs des apparences morbides, tout intéressant qu'il soit à étudier, n'est cependant, contrairement à ce qu'on a gratuitement avancé que **relativement restreint et fort limité. »**

Si l'imitation et la suggestion ont une si faible importance, les accidents hystériques doivent être considérés comme des épisodes accidentels traduisant une maladie antérieure reconnaissable à ses stigmates caractériels et à ses stigmates physiques que l'on déclare « permanents », alors qu'ils sont extraordinairement instables; et pour Pitres, les révélateurs habituels de cette maladie sont les émotions, les traumatismes, les intoxications.

Mais pour ceux qui ont lu les cliniques du maître bordelais ou pour ceux qui ont suivi son enseignement, la suggestion qu'on se refuse à faire entrer en ligne de compte dans l'éclosion des accidents hystériques en apparence spontanés, devient pourtant la grande génératrice de toutes les manifestations que l'on peut produire chez des malades hypnotisées, hystériques, bien entendu, puisqu'il faut qu'elles le soient. Nous n'insisterons pas ici sur les « suggestions » qu'on leur faisait accepter par la parole ou par le geste. Nous nous permettrons une seule

remarque : la plupart des faits étranges que les malades exposaient sur la demande du « suggestionneur » étaient identiques à ceux qu'elles créaient de leur propre initiative. Il n'est donc pas surprenant que de proche en proche on leur ait assigné à tous une même origine : la suggestion. Bel exemple de suggestion collective s'exerçant des malades sur leurs médecins et sur les foules, tandis que médecins et public, sans le vouloir, sans le savoir, poussaient les malades à de nouvelles trouvailles. Réfléchissons aussi aux conditions singulières dans lesquelles se déroulaient les expériences. Lorsqu'on en lit le protocole, on est frappé par le manque de critique et les imprudences des expérimentateurs. Tel, par exemple, qui veut démontrer que sa malade obéira automatiquement à chacun des ordres qu'il lui donnera par geste annonce d'abord aux étudiants rassemblés ce qu'il veut obtenir d'elle. Ce qu'entendaient les étudiants, la malade le percevait. Et ce qu'elle avait parfaitement compris des propos du maître, pourquoi n'aurait-elle pas mis toute sa complaisance à le réaliser ?

Poussons plus loin l'analyse. Si la suggestion, selon l'école de Charcot, n'intervenait pas dans l'éclosion « des types naturels », tandis qu'elle était constamment utilisée dans l'hypnose, ne voyait-on pas que le sommeil hypnotique lui-même devait avoir une origine identique à celle des accidents naturels et procéder des mêmes dispositions foncières ? On le soupçonnait sans l'admettre ouvertement. Mais, enfin, si la suggestion quelle qu'en fût la forme, exerçait sa puissance chez les hypnotisées s'il fallait qu'elle intervînt pour provoquer le sommeil hypnotique, beaucoup étaient invités à affirmer son influence dans l'apparition des accidents « spontanés ». Rien de plus naturel. La suggestion - à défaut d'une autre hypothèse mieux adaptée à la réalité des faits — prenait ainsi la première place dans la pathogénie des troubles hystériques.

Et l'on songe à Bernheim pour qui la suggestion, résultat d'une crédivité naturelle, est « l'acte par lequel une idée est introduite dans le cerveau et acceptée par lui ». Il est certain, et Janet en fait la remarque judicieuse, que cette définition est

imprécise et d'un caractère si vaste qu'elle englobe au fond tous les éléments de la pensée. Nous lui substituerions volontiers la définition suivante qui élimine les faits relatifs au raisonnement et à l'association des idées : **c'est l'acceptation irréfléchie d'une idée qui tend à se transformer en acte.** Sommes-nous d'accord avec Janet ? Nous verrons qu'il n'en est rien. C'est que notre définition conserve, en effet, le caractère général que le savant psychologue veut justement lui enlever. Pourtant, nous vivons au milieu des suggestions ; nous les recevons toutes préparées de notre milieu familial et social. Que pouvons-nous vérifier de ce que nous apprenons, des jugements tout faits que nous imposent la tradition, la famille, l'enseignement de nos maîtres ? On nous assure que la terre tourne autour du soleil. Pendant des siècles, les esprits les plus éminents ont cru le contraire. Quelle sera notre attitude en face de cette assurance du grand physicien que la rotation de la terre autour du soleil est simplement une hypothèse commode ?

Mais si, comme le veut Janet, on convient que la suggestion dans l'hystérie et l'hypnotisme cesse d'être une manifestation banale pour devenir, sinon un phénomène « insolite » du moins un « phénomène particulier », on est obligé d'avouer que l'hystérie transforme pour la renforcer, la rendre plus sensible et en même temps plus équivoque, une disposition humaine sans laquelle la vie en société serait impossible. Rien n'est plus intéressant — nous avons failli dire plus suggestif — que l'effort de Janet pour aboutir à serrer de plus près le problème. Le malheur est que le critère qu'il propose procède de ses observations chez les hystériques, bien qu'il puisse s'appliquer — s'en est-il avisé ? — aux délirants les plus typiques. Dans de pareilles conditions, il aboutit à définir la suggestion par l'hystérie et comme, par ailleurs, il fait de la suggestibilité l'attribut essentiel de l'hystérie, il n'évite pas la pétition de principe.

Au fond, et quelques précautions qu'il prît pour éloigner le spectre de la simulation, la suggestion lui apparaissait comme la seule explication plausible des phénomènes les plus

bizarres, justement parce qu'ils étaient bizarres, inouïs, hors série, en quoi il était en grande partie d'accord avec Charcot et son école, et plus qu'il ne le pensait avec celle de Bernheim et de ses disciples. On reste parfois confondu de son obstination à affirmer la bonne foi de certaines de ses malades, sa certitude que telle d'entre elles n'avait « aucun intérêt » à jouer la comédie. Pierre Janet était un grand savant. Son labeur fut admirable. Avec moins de science et un peu plus de méfiance, peut-être aurait-il évité quelques-uns des pièges que lui tendit la duplicité féminine. A force de travail, d'observations consciencieuses, il n'en arriva pas moins à déterminer dans quelles conditions particulières se produisaient les accidents hystériques et l'hypnose, et si l'on peut dire, les faits d'ordre psychosomatique qui aidaient à leur naissance. Nous y reviendrons. La question est d'un intérêt considérable, pour l'instant, elle nous éloignerait de notre propos.

Quand on évoque la période déjà longue qui s'étend de l'ère de Charcot à notre époque, l'enthousiasme en faveur de l'hystérie et de ses mystères, la « grandeur et la décadence de l'hypnotisme » — la formule est de Pierre Janet — on est irrésistiblement porté à penser à d'autres savants qui tentèrent d'explorer les arcanes du spiritisme en important dans ce domaine la rigueur de leurs méthodes scientifiques. C'est le nom de W.-J. Crawford qui nous vient à l'esprit, avec d'autres d'ailleurs, que nous tairons par respect pour la haute autorité qu'ils acquirent dans la Science, voire dans la Physiologie. Donc, W.-J. Crawford, docteur ès sciences, professeur de mécanique appliquée à l'Université de Belfast, ayant résolu d'étudier quelques manifestations spirites, dans un cercle où la « médiumnité était héréditaire », se mit résolument à l'œuvre. Il était quelque peu gêné dans ses expériences par la nécessité d'annoncer à l'avance de quelle manière elles se dérouleraient, afin d'obtenir pour la séance suivante la collaboration « des opérateurs invisibles ». Cet homme probe, « le plus positif, le plus « matter of fact » qu'on puisse trouver dans ce pays de pragmatisme », déclare son traducteur René Sudre, multiplia les pré-

cautions, les pesées dans l'ombre, les enquêtes. Il eut l'autorisation, un jour, de photographier « une table lévitée », et en même temps « le levier psychique » qui la reliait au médium. Il faut évidemment toute la candeur du « matter of fact » pour voir dans les deux photographies qui nous sont offertes autre chose qu'un manche à balai entouré de mousseline, solidement retenu entre les genoux de la jeune G... par sa partie inférieure, tandis que sa partie supérieure s'applique au-dessous du plateau de la table. Celle-ci n'est pas entièrement maintenue en l'air : deux pieds seulement se trouvent soulevés. Ce livre de W.-J. Crawford est bien attristant.

Comme lui, les observateurs qui s'occupèrent de l'hystérie, de l'hypnotisme et de la suggestion, crurent se prémunir contre la fraude, invoquèrent l'incontestable sincérité de leurs sujets dont quelques-uns étaient « leurs meilleurs amis ». De loin en loin pourtant, ils notaient des faits curieux. Gilles de la Tourette rapporta le premier l'histoire maintenant classique de Witt..., cette hypnotisée du service de Charcot. Au cours d'une clinique émouvante elle avait, sur la suggestion du maître, poignardé plusieurs assistants; elle en avait ensuite sur un signe, fusillé et empoisonné un certain nombre d'autres. Quand la foule se fut retirée fort troublée, quelques élèves du service suggérèrent à l'aimable et docile Witt... de se dévêtir entièrement pour se plonger dans le bain qu'ils lui avaient préparé. Witt... préféra — c'était alors l'usage — se tordre dans les convulsions d'une crise de nerfs, plutôt que d'obéir à cette dernière suggestion. On est en droit de penser qu'elle avait une conscience nette du caractère illusoire des crimes qui lui avaient été d'abord commandés, tandis que sa pudeur s'alarmait de l'acte plus facile, moins immoral, mais aussi plus réel à quoi l'invitaient des étudiants facétieux. Pierre Janet cite une observation personnelle analogue. On en trouve bien d'autres dans la littérature médicale.

S'il en est ainsi, si, comme on l'a noté à maintes reprises, les faits de résistance à la suggestion étaient loin d'être rares, même à la période héroïque de l'hystérie, si l'obéissance des

sujets hypnotisés n'était acquise que dans la mesure où l'acte suggéré s'accordait avec le psychisme des malades et leur moralité, leur sens persistant de ce qui est grave et de ce qui ne l'est pas, de ce qui est vrai et de ce qui n'est qu'un jeu, la suggestion apparaît dépouillée de sa principale vertu créatrice. Elle n'est dans **le domaine de l'hystérie et de l'hypnotisme** — nous soulignons ces derniers mots — que le témoin du bon vouloir, de la complaisance des malades qui semblent s'y soumettre, quand elle vient de l'extérieur. Pas davantage il n'est possible de l'admettre — en tant que force autonome et s'exerçant dans l'inconscience — pour expliquer la genèse des accidents spontanés. Après la période de méditation que l'on sait, des accidents d'hystéro-traumatisme vont se révéler. Tout le monde est d'accord pour reconnaître que — sauf exception — ils vont durer et souvent en s'aggravant, jusqu'au moment où sera accordée l'indemnité souhaitée. Que vient faire l'auto-suggestion initiale en pareille aventure ? Comment supposer en constatant la disparition soudaine de ses effets au terme du procès, s'il est gagné, que l'intéressé était de bonne foi, quand il constituait, à sa manière, sa paralysie, sa contracture ou sa camptocormie ? Nous verrons plus loin qu'à ces raisons générales s'en ajoutent d'autres d'un caractère plus particulier qui autorisent à douter de la suggestion, de son rôle pathogénique, de son efficacité.

b) *Imagination et mythomanie :*

C'est Logre, Logre surtout, qui, dans son étude sur « l'état mental des hystériques » insiste sur le rôle de ces deux facteurs. On ne trouve guère dans la littérature médicale d'article plus brillant, d'une lecture plus attachante, où l'on ne sait ce qui l'emporte de la finesse des observations ou de la richesse des arguments, de leur abondance, de leur groupement raisonné. Comme dans une magnifique plaidoirie écrite, tout contribue à fixer l'attention du lecteur pour le conduire au point où M. Logre veut le voir arriver. Et il est certain que l'auteur

suggère, persuade souvent et s'efforce de convaincre : il suffira de revoir dans son article les définitions qu'il donne de ces différents termes pour être assuré qu'il a mis là le meilleur de lui-même et toutes les ressources d'un esprit singulièrement subtil.

Il se fait cependant qu'il ne nous est pas permis d'entrer de plain-pied dans la pathologie de la vie imaginative. C'est par un hymne à la suggestion que commence la démonstration. A ceux qui s'en étonneraient, on répondrait qu'il est bon de distinguer parmi les suggestions, et que celle de l'hystérique ne ressemble en rien à celles dont les anxieux, les obsédés, les débiles ou les délirants nous donnent l'exemple. On l'admet volontiers. La suggestion hystérique est parfaitement inconsciente dans son origine exogène ou endogène, l'accident n'étant révélé au patient que par des symptômes propres, évidents, pour lui comme pour les autres. Nous retrouvons ici la très vieille opinion classique et dont il ne reste qu'à administrer les preuves. Logre, il fallait s'y attendre, ne les fournit point.

Comment cette suggestion inconsciente, qui s'accompagne d'une « psychoplasticité » que l'on pourrait dire spécifique, se relie-t-elle à la pathologie de l'imagination ? Nous avons l'impression qu'il fallut tout le talent de Logre pour accorder de telles prémisses à ce qui va suivre. Sans doute « on ne simule bien que ce qu'on a », mais lorsqu'il s'agit d'hystérie, « ce terme de simulation ne peut recevoir son sens plein : il ne peut signifier production intentionnelle ». Même si « la suggestibilité hystérique a toujours quelque chose de suspect », même « s'il n'existe aucun signe permettant de distinguer l'hystérique du simulateur », même si « l'hystérie et la simulation sont deux sœurs jumelles si ressemblantes qu'on ne peut jamais discerner avec certitude la première de la seconde », même si la sincérité de l'hystérique est toujours contestable, Logre qui connaît bien ces sortes de malades et paraît peu disposé à être leur dupe, persiste néanmoins à considérer leurs troubles comme authentiques dans leur essence. Mieux que quiconque, il sent l'instabilité du terrain sur lequel il se meut, mieux que

tout autre, grâce à ses longues recherches sur la mythomanie — en collaboration avec son maître Dupré — et sur la pathologie de l'imagination, il va pouvoir tenter d'expliquer ce qui reste confus dans notre esprit, et de concilier au besoin les inconciliables.

Pour que l'accident hystérique se réalise, plusieurs conditions sont nécessaires. Il faut d'abord que les sujets appartiennent à la catégorie des mythomanes, non qu'ils aient l'esprit de mensonge, mais qu'ils soient atteints de ce déséquilibre imaginatif qui les conduit « à la manie du mythe avec ou sans intention de tromperie ». On voit déjà combien se fait nuancée la pensée de l'auteur. La difficulté qu'il y a à reconnaître parmi les éléments d'une disposition constitutionnelle, morbide assurément, tenue pour nécessaire dans l'avant-préparation des troubles hystériques, ceux qui relèvent du mensonge pur et simple et ceux qui sont dus à quelque chose qui ressemble à du mensonge sans se confondre avec lui, cette difficulté est précisément celle que sous d'autres formes nous retrouvons tout au long du travail de Logre. Dans presque tous les chapitres se pose le même problème : est-ce vrai, est-ce faux; est-ce sincère, cela ne l'est-il pas? L'incertitude qui est la nôtre, quand il s'agit d'apprécier les caractères de la mythomanie demeure identique en face des syndromes constitués par les mythomanes. Et Logre le sait, et il le sait si bien qu'à certains moments on croit qu'il va se décider pour la simulation volontaire. Mais après nous avoir autorisés à penser qu'il allait enfin la reconnaître, il revient à l'opinion classique en délaissant les arguments qui lui auraient permis d'y renoncer.

Le mythomane « candidat à l'hystérie » est doté, comme on le sait, d'une « psychoplasticité » toute particulière, « plus ou moins inconsciente » qui l'aide à réaliser les syndromes que lui suggère son imagination. Nouvelle difficulté, pour nous tout au moins : car, si cette psychoplasticité n'est pas inconsciente, et entièrement, si peu qu'elle soit consciente, il serait imprudent de voir en elle autre chose qu'une réalisation volontaire. Malgré cette assurance qu'elle est, en effet, « plus ou moins

inconsciente », il faut pour lui conserver son caractère vraiment morbide, qu'elle échappe au contrôle du jugement et de la volonté. Il ne resterait qu'à le démontrer.

Or, la psychoplasticité en question n'est qu'une sorte de mécanisme dont la mise en marche ne s'effectue que sous la portée de l'imagination. C'est, en effet, une notion courante que l'hystérique façonne ses propres troubles selon la manière dont il les conçoit. Et c'est parce que sa conception des syndromes morbides ne correspond presque jamais à ce que produisent les lésions organiques, que l'on constate chez lui tant d'erreurs, d'insuffisances ou d'inutiles fioritures. « L'image, rien que l'image », nous dit à son tour Logre. Quelle image ? On a le droit de se poser la question. Que l'on se représente tant bien que mal une paralysie, une contracture, des mouvements anormaux, et que poussé par la vivacité des images que l'on s'en fait, on parvienne à produire, imparfaitement d'ailleurs, ce que l'on a vu chez d'autres ou ce que l'on croit devoir créer pour son propre usage, dans de pareils cas, le lien n'est pas niable entre les représentations mentales et leur réalisation plastique à la périphérie. Notre seul souci serait de savoir si le passage de l'idée à l'acte se fait en toute innocence, à l'insu du créateur, auteur et mime tout à la fois.

En vérité que doit-on penser de cette jeune femme qui, soudainement se dit aveugle, et se comporte comme si elle ne l'était pas ? En quoi consiste le trouble de son imagination, de quelle nature est l'image que l'on nous affirme nécessaire à la réalisation de sa cécité. A-t-elle dans l'esprit celle de l'attitude générale d'un aveugle, se fait-elle une idée des conditions internes qui précèdent, accompagnent ou suivent la perte de la vue ? L'image, rien que l'image !... Quelle image, encore une fois, pour cette aveugle et cette sourde hystérique ? Mettons-nous à leur place, et, de bonne foi, essayons d'évoquer la forme, le contour de l'image-force qui, en principe, possède le pouvoir de se muer en symptômes sensoriels, négatifs cette fois, et cela sans secours étranger. Nous n'y parviendrons pas. Fermant nos yeux et bouchant nos oreilles, nous serons momentanément

aveugles et sourds. Pour nous laisser croire que nous le sommes réellement ou que nous pourrions l'être, il faudrait l'intervention d'une émotion démesurée — qui fait précisément défaut dans les accidents hystériques — ou d'un grave délire obnubilant notre jugement.

Constitution mythomaniaque, trouble imaginatif préludant secondairement à la création des symptômes hystériques, il semble bien que ces deux termes associés à la suggestibilité ne soient ni suffisants ni nécessaires. S'il est vrai qu'une hystérique en période d'accidents se laisse aller volontiers à divers mensonges, en paroles, en actes ou mensonges par omission, il n'est pas certain qu'elle ait eu avant de tomber, des dispositions identiques ou qu'elle les conserve, quand elle est guérie. Comme un acteur qui a joué son rôle, revenue à la vie normale, elle s'y comporte souvent de la manière la plus saine, la plus probe. « Etant tout jeune médecin, nous dit quelqu'un qui nous touche de près, je fus présenté par l'un de ses fils à une vieille dame, très respectable. Sa vie familiale avait été exemplaire. Ni les soucis, ni le travail, ni les longues peines ne lui avaient été épargnés. Que n'eut-elle pas fait pour bien élever ses enfants ? Elle avait toujours pensé uniquement à eux. Aussi de quelle affection l'entouraient-ils, alors que parvenus à la maturité et pleins de raison, ils avaient tous les éléments pour la juger. Or, dans un passé lointain, plutôt enfant que jeune fille, cette personne avait eu une faiblesse qui avait entraîné de graves complications familiales. Malade, elle avait présenté des troubles si singuliers que leur simple description avait fait connaître dans le monde entier le nom d'un professeur, nom ignoré jusqu'alors et que l'oubli recouvre de nouveau. Ah! ce dédoublement de la personnalité! Médecins, psychologues, neurologistes et psychiatres, qui n'en dissertait abondamment ? Les moindres manuels de psychologie à l'usage des candidats au baccalauréat en faisaient mention. Partout et pendant des années, était cité le nom de cette malade à la suite de laquelle s'étaient précipités ceux qu'attirait le merveilleux scientifique. Pauvre Félida X...! Votre nom symbolisait une époque. J'ai su

que dans le cours de votre longue existence, digne, consacrée au dévouement et au travail vous n'aimiez pas vous rappeler l'épisode qui vous avait donné une sorte de gloire. Si vous aviez eu besoin d'excuses on les aurait trouvées dans votre jeunesse et les graves ennuis, qui, momentanément, vous avaient fait chercher un refuge dans la névrose ».

Ainsi d'autres malades que nous avons eu l'occasion de suivre. Il est — et Logre le dit fort à propos — des mythomanes qui ne créent jamais de syndromes hystériques; il est des hystériques qui ne sont pas des mythomanes constitutionnelles, des mythomanes de profession. Il sera expédient de découvrir d'autres explications. En attendant, permettons-nous une dernière remarque. Ce qui crée pour Logre — comme pour ceux qui adoptent ses opinions, de près ou de loin — une difficulté insurmontable, c'est sa croyance en la nécessité d'une suggestion initiale inconsciente. Nous croyons que beaucoup d'hystériques jouent volontiers la comédie, mais si le spectacle qu'elles nous offrent est le résultat de cette suggestion « de sub gestio » action de porter sous, introduction par en-dessous, sous-ingérence (Logre), si par conséquent les malades ignorent l'origine du mal dont elles constatent les symptômes, pourquoi Logre se refuse-t-il à prononcer le verdict d'acquittement qu'elles réclament de lui ? Parmi tous les neuro-psychiatres — nous parlons de ceux qui ont étudié la question — il est un de ceux qui traitent le plus durement ces sortes de malades. Il a mille fois raison d'exposer leurs défauts, en particulier leur aptitude au mensonge, parce qu'ils existent d'une façon durable ou temporaire. Malgré ses efforts, le lien qui les unirait à la suggestion première inconsciente est si frêle, si parfaitement invisible, qu'on n'est pas enclin à croire qu'il existe.

c) *La psychanalyse :*

On connaît l'opinion de Freud. Même si le mécanisme qu'il invoque correspondait à une réalité démontrée, reconnaissons que la terminologie du génial auteur viennois n'est point faite

pour éclaircir une question déjà très embrouillée. Pour lui, l'hystérie revêt deux formes :

a) « L'hystérie de conversion » qui répond à celle dont nous avons entrepris l'étude et qui se traduit à l'occasion par des accidents somatiques;

b) « L'hystérie d'angoisse » qui est synonyme de phobie.

Or, dans les deux cas, la genèse des manifestations pathologiques serait identique. Dans l'hystérie d'angoisse, la faim sexuelle, la libido inassouvie subit sans cesse une transformation en une angoisse réelle et de ce fait le moindre danger extérieur — supposé — devient une substitution pour les exigences de la libido. Le refoulement crée l'angoisse, et celle-ci est rapportée à tort à la peur de choses **extérieures,** microbes, dangers de la rue ou de la solitude, catastrophes de toutes sortes... Dans l'hystérie de conversion, un même refoulement sexuel ayant créé l'angoisse, celle-ci est rapportée à la crainte de phénomènes **intérieurs,** paraplégie, impuissance, etc. Puis, grâce à une « complaisante somatique », le phénomène redouté devient « symptôme », paraplégie anxieuse, impuissance, etc. ».

Il serait intéressant de s'étendre longuement sur un pareil sujet, de démontrer combien une conception pathogénique de l'ensemble des névroses a conduit à ce résultat décevant de réunir sous la même dénomination d'hystérie, des affections qui n'ont aucun rapport entre elles, comme la paraplégie de la jeune hystérique classique et l'impuissance du psychasthénique obsédé! Il existe certes, entre ces deux catégories de malades, plus de différences qu'on ne parvient à en découvrir entre « l'hystérie d'angoisse » et ce que Freud appelle la « névrose obsessionnelle », laquelle correspond à notre « obsession impulsive ». Dans les deux cas, l'origine sexuelle est invoquée. Mais tandis que les obsessions impulsives se prêtent facilement à l'analyse, permettent une rapide évocation du traumatisme initial, et que souvent la guérison suit de près l'analyse bien conduite, on sait combien sont pénibles, longs et fastidieux, les

examens des phobiques chez lesquels on n'est jamais assuré d'avoir découvert la cause profonde. Nous ne croyons pas que Freud ait insisté sur ce point.

Ceci dit, et malgré des aspects dissemblables, rien n'empêche un phobique de devenir un obsédé impulsif ou telle obsédée impulsive guérie depuis plusieurs années — nous venons d'en voir un bel exemple — de se complaire un jour douloureusement dans diverses phobies où elle engage à fond sa responsabilité.

Phobies et obsessions impulsives ont été évoquées ici, à propos d'un point de terminologie. L'hystérie de conversion, l'hystérie tout court doit seule nous retenir. Quel que soit l'immense apport de Freud dans le domaine de la psychologie morbide, il apparaît qu'avant de procéder à l'analyse des hystériques, il prit le parti d'adopter en bloc la notion d'hystérie, telle qu'elle lui avait été enseignée par l'école de la Salpétrière. C'est dire que l'on ne trouve nulle part dans son œuvre, la trace d'un doute, la moindre tentative de critique portant sur la sincérité des malades, sur la légitimité préalable de leurs symptômes. Le fait brutal, évident pour tous est accepté d'emblée, comme une vérité première. Il n'est plus dès lors qu'à déterminer les conditions qui ont conduit la libido refoulée à se transformer en symptômes. L'erreur est grave. Elle porte sur l'essentiel du problème que l'on suppose résolu dans sa donnée principale, à laquelle, il faut bien le reconnaître, Freud ne songe pas un instant. Aussi, n'est-on pas surpris que toutes les psychanalyses amènent les mêmes conclusions. Cette jeune fille présente les signes d'une paralysie hystérique de la main et de l'avant-bras droits. Il nous est démontré qu'elle s'est punie, sans le vouloir expressément, de ses mauvaises habitudes, en renonçant aux services que lui avait rendus jusqu'ici la main coupable. Un mécanisme analogue, avec des résultats différents et des causes plus graves se découvre dans l'anorexie mentale et dans certaines névroses anxieuses. Est-ce à dire que l'interprétation donnée à ce cas d'hystérie se suffise à elle-même ?

Après avoir longuement disserté sur le refoulement et sa transformation en symptômes, quelle sera l'attitude du méde-

cin si, sans signaler sa présence, il voit sa jeune malade se moucher ou se gratter la tête de sa main paralysée ? Combien de temps durera la punition ? Elle est douce. Un grand mystique ne se contenterait pas d'un châtiment symbolique, il se couperait la main, à l'occasion. Et si la guérison survient à l'heure choisie par notre jeune fille, que devient la libido refoulée, quand, du moins, le psychanalyste n'est pas remonté jusqu'à la source et partant, n'a pu procéder à la critique — suivie d'absolution — de l'événement traumatisant ? Il serait imprudent de soutenir que dans les cas où l'analyse a été faite et bien faite, la guérison en est la conséquence. En l'espèce, le résultat n'est pas une preuve de l'excellence de la théorie et de la méthode. Les hystériques guérissent par les moyens les plus divers, parfois les plus sanglants. Elles guérissent aussi sans que personne se mêle de les analyser, de les persuader, de vaincre leur résistance par insinuations ou par affirmations péremptoires. Et il y en a qui tardent à guérir, parmi celles qui ont fourni leurs plus beaux matériaux à nos psychanalystes. C'est ailleurs que dans un refoulement supposé qu'il conviendra de chercher la raison d'être des faits qui nous sont soumis.

2° Les théories organicistes

Nous avons choisi ces termes parce qu'ils ont un caractère assez flou et nous autorisent à grouper sous leur étiquette des opinions très dissemblables. Lorsque pour désigner l'hystérie on parlait d'affection « sine materia », tout en cherchant à découvrir ses causes traumatiques émotives ou toxiques; quand on voyait en elle l'épanouissement de dispositions morales, psychiques, imaginatives résolument pathologiques, l'accord était loin de se faire, on le sait, entre les observateurs ou plutôt les interprétateurs. Nous voici entrés maintenant dans un domaine où règne une confusion plus grande encore. Toutes les affections neurologiques, les plus anciennement connues, et surtout les plus récemment inventoriées, semblent vouloir attirer

à elles l'hystérie pourtant dépouillée d'une partie de ses charmes. Cette attraction rappelle celle qu'exerçait l'aimant dans le transfert des sensibilités.

Rendons justice à Pierre Janet. S'il a déclaré que l'hystérie n'était au fond qu'une forme de psychasténie, il entendait par là que la première se rapprochait de la seconde par un symptôme commun : la dépression. Or, lui qui avait créé le mot de psychasthénie connaissait bien la chose, et mieux que tout autre. Il savait bien qu'il s'agissait là d'une sorte d'asthénie générale dont on ne pouvait pas localiser l'origine en un point du système nerveux. Retenons son avis. Peut-être aurons-nous l'occasion de vérifier sa justesse.

En ce qui concerne les autres théories, Ey dans un travail riche en aperçus de toutes sortes et en bibliographie, nous offre des documents nombreux. Ils nous permettront de donner de la question un court résumé d'ensemble, sans nous faire une obligation de remonter toujours aux sources.

L'opinion de Sollier d'après laquelle l'hystérie consiste « dans un engourdissement ou un sommeil localisé ou généralisé, passager ou permanent des centres célébraux », fut reprise et physiologiquement amplifiée par J. Pavlov. « L'activité normale de l'écorce, dit cet auteur, activité de synthèse et d'analyse au moyen des réflexes conditionnels et de leur système provoque une induction négative dans les centres sous-corticaux ne libérant électivement que ceux dont le fonctionnement est rendu nécessaire par les circonstances. Par contre, l'inhibition de l'écorce induit l'excitation de l'activité sous-corticale. Il existe donc une base physiologique suffisante pour concevoir chez les hystériques l'inévitabilité des accès affectifs ou convusifs, soit des automatismes en rapport avec la localisation, le degré de l'intensité et le déplacement de l'inhibition dans l'écorce. Si l'inhibition corticale est assez forte, alors, selon nos expériences, au lieu de nécessiter une induction positive (excitation) elle irradie, s'étend sur d'autres parties du cerveau, ce qui donne comme résultat le sommeil, parfois le sommeil léthargique.

Si chez un sujet avec l'écorce énergétiquement faible, une tendance, un besoin, un désir s'éveillent, cette tendance partant des régions sous-corticales charge fortement le point correspondant de l'écorce. Or, étant donné la faiblesse de l'écorce, cette forte charge, forte excitation, provoque immédiatement une induction négative (inhibition) qui irradie plus ou moins. Cela nous explique l'absence de contrôle, l'impulsivité, l'émotivité des hystériques. Le même mécanisme peut servir, évidemment, pour expliquer la suggestibilité et l'autosuggestibilité.» Arrêtons là les citations. Il faudrait tout reproduire de cet intéressant ouvrage. Nous l'avons sous les yeux. Après l'avoir relu pour la troisième fois, nous ne sommes pas assuré de l'avoir bien compris. On n'accuse que notre infirmité naturelle. Il nous paraît, cependant, que J. Pavlov se borne à transposer en langage physiologique des notions qui auraient pu être exprimées sous une autre forme, sans les rendre pour cela moins hypothétiques. N'est-il pas vrai qu'avant de s'ingénier à donner du sommeil léthargique, et de la multitude des accidents hystériques des interprétations savantes anatomo-physiologiques, il serait utile d'être renseigné sur la réalité « vraie » de ce sommeil et de ces accidents, sur leur qualité, leur sincérité ?

C'est une théorie analogue que soutient Marinesco. « L'inhibition corticale qui survient chez l'hystérique, nous fait comprendre que l'automatisme sous-cortical peut se déclencher et que de cette façon se déroule tout l'accès hystérique. D'autre part, il y a chez l'hystérique un trouble de l'induction successive. C'est ainsi qu'on peut expliquer la facilité avec laquelle les hystériques fixent leurs réflexes conditionnels, etc. ».

Voici donc l'inhibition corticale promue au rang de cause efficiente, à condition qu'elle soit accompagnée de fixation des réflexes conditionnels. S'est-on posé la question de savoir si, d'une part, « l'inhibition corticale » ne serait pas susceptible d'aboutir à l'apparition de syndromes différents de ceux que l'hystérie accapare — obsessions, phobies, délires, par exemple, ou même épisodes comitiaux — si, d'autre part, il est expé-

dient de l'invoquer chez des sujets qui restent maîtres de la faire disparaître à volonté ?

Avec Van Bogaert, le diencéphale est mis directement en cause. L'encéphalomyélite épidémique nous ayant appris à connaître une masse de syndromes moteurs kinétiques ou toniques qui constituent la pathologie méso-diencéphalique et ces syndromes ayant été, parfois à tort, qualifiés d'hystériques, il était naturel de chercher ce qui aiderait à prévenir de pareilles erreurs. Il apparaît que le souci primitif de différenciation aboutit à la suite d'analyses et d'observations nombreuses à intégrer sous certaines réserves, l'hystérie dans les syndromes diencéphaliques où l'on n'est pas surpris de son voisinage avec l'épilepsie.

Comment se tirer de ce labyrinthe ? Etudier le problème de l'hystérie en coupes sériées de l'encéphale, cellule par cellule, fibre par fibre, noyau par noyau, est une besogne magnifique et ingrate à la fois. On ne sait quelle partie du névraxe échappera aux investigations des chercheurs.

Pour Claude : « ce qui manque à l'hystérique, c'est le contrôle du moi sur la réalité des perceptions ou des conceptions... ; c'est la tendance à la désagrégation des états psychiques... L'hystérie est conditionnée par une perturbation dynamique et « globale de l'activité cérébrale ». Premier degré d'une dissociation mentale, c'est une « schizose », c'est-à-dire une forme mineure de la schizophrénie. Cette théorie aurait pu trouver sa place dans un des chapitres précédents. En la résumant ici — combien trop brièvement — on veut souligner le fait que, malgré l'assurance qui nous est donnée qu'elle est une affection « dynamique », par son apparentement avec la schizophrénie, elle cesse d'être « dynamique » — on eut dit autrefois, fonctionnelle — pour devenir organique. On n'oserait plus soutenir aujourd'hui que schizophrénie et démence précoce sont des affections non lésionnelles.

Bien que les observations dont nous allons parler maintenant n'aient pas servi de base à de vraies théories, nous nous devons de les résumer brièvement.

Bourguignon — qui depuis 1921 s'était préoccupé de la question de savoir comment se comportait la chronaxie dans l'hystérie — résuma en 1935 son opinion dans les conclusions suivantes :

1°) La chronaxie vestibulaire traduit fidèlement l'état mental du moment, augmentant toujours au moment des crises et restant plus ou moins modifiée dans l'intervalle, suivant que le retour à l'état normal est plus ou moins complet.

2°) La chronaxie musculaire se comporte différemment suivant l'état du malade au moment de l'examen :

a) Si le malade est en période de crises, mais sans troubles moteurs dans l'intervalle des crises, les chronaxies musculaires sont modifiées dans leurs valeurs absolues, avec conservation des rapports normaux entre les chronaxies.

b) Quand il y a des troubles permanents, des contractures, les variations de la chronaxie rappellent celles qu'on observe dans les lésions pyramidales, mais il s'agit d'un trouble purement fonctionnel pouvant disparaître brusquement, comme on voit brusquement revenir à la normale, au moment du réveil, les chronaxies augmentées pendant le sommeil naturel.

Les modifications de la chronaxie traduisent certainement un trouble fonctionnel du faisceau pyramidal et ce trouble pourrait provenir lui-même d'une impulsion pathologique d'un centre psycho-moteur. En juin 1938, à la suite de nouvelles recherches, Bourguignon écrivait : « Le fait fondamental est que les manifestations hystériques s'accompagnent toujours d'altération des chronaxies motrices et sensitives et des chronaxies vestibulaires, tandis que dans la simulation, comme j'ai pu le constater pendant les deux guerres... toutes les chronaxies sont normales... Il faut savoir que l'étude de ces sujets est quelquefois fort difficile, et il m'est arrivé de ne trouver de chiffres constants et normaux qu'après avoir bandé les yeux et bouché les oreilles du sujet pour qu'il n'ait aucune connaissance de mes gestes ni du bruit de la clef qu'il faut alors manœuvrer le plus doucement possible ».

Les observations de Bourguignon nous laissent mal à l'aise. Il n'est pas question de sa technique, mais du choix de ses malades et des raisons qui l'invitèrent à considérer les uns comme des simulateurs à chronaxie normale, les autres comme des hystériques authentiques à chronaxie plus ou moins troublée. Quel était l'état physique, l'état psychique et moral des uns et des autres ? Le problème vaut qu'on s'en occupe d'abord, car il est fort possible, sinon certain, que les troubles antérieurs à l'apparition des accidents « simulés » ou « hystériques » et ceux qui continuaient à évoluer en même temps que ces accidents, aient eu une influence sur les variations de la chronaxie, nulles chez les premiers, apparentes chez les seconds. Est-ce que les mêmes précautions furent prises à l'endroit de ceux que l'on présente comme hystériques et de ceux que l'on nous donne pour des simulateurs ? Si « le flagrant délit » est le seul critère qui permette de ranger dans la catégorie des « simulateurs » les sujets qui se présentaient comme des hystériques, est-on assuré que l'on ne maintient pas dans le deuxième groupe les simulateurs qui ne se sont pas fait prendre ? Le groupe des hystériques comprendrait alors des « simulateurs » et des «hystériques ». Les chronaxies étant troublées chez les uns et chez les autres, le problème de leur différenciation devrait être remis à l'étude.

Il était écrit que la vieille hystérie profiterait des récentes découvertes pour se rajeunir. On l'a assimilée, nous l'avons vu, à des maladies assez nouvellement décrites.

L'électro-encéphalographie devait à son tour lui fournir sa contribution. J. Bert et Courbon nous enseignent que la grande majorité des hystériques présentent la triade symptomatique suivante : 1° présence du rythme Θ dans les tracés de repos; 2° apparition d'une hypersynchromie neuronique lente à l'hyperpnée; 3° entraînement prédominant pour les fréquences lentes à la stimulation lumineuse intermittente. Ces observations concordent, nous disent les auteurs précités, avec celles d'Happenstal-Hill et Slader, quant au rythme Θ, chez 58 % des névrosés de guerre. Mais la triade se rencontre également chez les

épileptiques et chez les enfants, chez les sujets présentant des dysendocrinies principalement hypophysaires, le rythme Θ, selon Denis Hill, chez les sujets à comportement violent et agressif, mais également labile et puéril; selon Corriol et Caïn, chez presque tous les enfants caractériels et notamment chez les impulsifs, les instables, les pervers.

Nous apprenons par Klotz et Borenstein que la spasmophilie avec ses caractères connus, hyperexcitabilité neuro-musculaire (signe de Chvosteck, hyperréflectivité tendineuse des membres inférieurs), hyperexcitabilité psychique (hyperémotivité et raptus anxieux; labilité de la régulation calcique, troubles trophiques (ongles, cheveux, dents); épreuve de l'hyperpnée provoquée positive reproduisant le symptôme dominant; épreuve du traitement par le dihydro-tachystérol (A.T. 10 associé au calcium) — positive — donne naissance à diverses manifestations : épilepsie, dépression simple ou mélancolie; contractures paroxystiques des extrêmités réalisant le spasme carpo-pédal d'Escherich, crises névropathiques allant de l'hyperémotivité et des crises de larmes à la grande crise de Charcot. Que cette spasmophilie donne à l'E.E.G. un tracé perturbé, indiquant une dysrythmie cérébrale à l'hyperpnée, dysrythmie qui disparaît avec les autres signes par le traitement spécifique de la spasmophilie.

Ces travaux font suite à ceux de Baruck, orientés d'ailleurs dans une autre voie, et surtout à ceux d'auteurs argentins, américains, allemands. Ils sont d'un grand intérêt. Remarquons pourtant qu'ils ne s'adressent qu'à une faible portion du syndrome hystérique et laissent de côté toutes les autres manifestations; remarquons aussi qu'en mettant en évidence l'analogie électrique des symptômes réunis sous le nom de spasmophilie, Klotz et Borenstein démontrent du même coup la non-spécificité des anomalies que l'E.E.G. leur a permis de décrire en ce qui touche l'hystérie considérée avec raison jusqu'à maintenant, comme différente de l'épilepsie et de l'angoisse. Retenons, cependant, la notion qui nous est offerte. Peut-être existe-t-il chez les hystériques une aptitude à réagir, différente de celle

que l'on pourrait observer chez les gens absolument normaux. Cela n'expliquerait pas toute l'hystérie, mais une sorte d'orientation anormale qui favoriserait l'apparition de certains accidents : ceux-ci pour se produire exigent l'intervention d'autres facteurs. Au demeurant, la question n'est pas au point. Jean Delay et Verdeaux pensent que le diagnostic étiologique de certaines crises nerveuses n'est résolu par l'E.E.G. que dans la mesure où la méthode permet d'affirmer l'épilepsie, c'est-à-dire d'éliminer l'hystérie qui ne possède pas de critère électrique.

Pour H. Gastaut, l'E.E.G. n'apporte pas toujours un élément de diagnostic certain : « un petit nombre d'épileptiques conserve des tracés normaux, malgré leur activation, tandis que bien des hystériques présentent des anomalies encéphalographiques voisines, sinon identiques, à celles qui sont observées chez les épileptiques ».

Dans un remarquable travail où l'on trouve réunis les résultats de quatre années d'études personnelles et une synthèse des recherches E.E. graphiques entreprises dans le monde sur les névroses, M. J. Faure a montré :

1° Qu'il existe, à l'état statique « une certaine correspondance entre les perturbations et l'intensité du conflit névrotique, indépendamment de la forme clinique réalisée ». Mais « qu'il n'y a pas de correspondance étroite et constante entre la forme clinique et le type de tracé. Que toutefois, certaines formes de névrose réalisent certains types, avec une certaine prédilection. Que le tracé des névrosés n'est pas fixé et varie dans son type ».

2° Que l'hystérique (14 %) affectionne le rythme Θ, d'allure rythmique, en particulier dans la dérivation basale, réalisant ainsi le type III basal et IV cortical.

Que l'hystérique peut encore réaliser le type cortical I au beau rythme alpha dans toutes les dérivations. Cependant que l'hystérique peut parfois — bien que rarement — présenter un type spécial, à rythme rapide bêta 15 et 18 c/s survenant

en « spindles » associé à des fréquences lentes 0 à 6 c/s soit isolé soit superposé à du delta à 2,5 et 3 c/s erratique.

Si l'on admet l'existence :

a) D'un système réticulaire intralaminaire thalamique, régulateur et synchroniseur, et celle,

b) D'un système réticulaire bulbo-mésencéphalique et hypothalamique désynchronisateur de l'activité cérébrale,

les tendances électro-encéphalographiques des hystériques apparaissent comme une tendance à la synchronisation excessive à l'hyperactivité du système réticulaire intralaminaire thalamique.

4° L'auteur insiste d'autre part sur le fait que les tracés électro-encéphalographiques ne sont pas spécifiques de la manifestation hystérique, qu'ils indiquent seulement qu'on trouve souvent chez l'hystérique un terrain névropathique sur lequel la névrose peut se développer à l'occasion, comme pourrait s'y greffer une autre manifestation pathologique. Il est, en cela, en plein accord avec l'observation clinique.

Psychasthénie, inhibitions corticales, encéphalomyélite épidémique et troubles diencéphaliques ou des noyaux centraux, épilepsie, schizose et schizophrénie, tels sont les mots qui ont été prononcés au cours de cette rapide revue des théories organicistes de l'hystérie. Les auteurs qui les ont fait servir à l'édification de leur thèse comptent parmi les plus grands de la médecine et de la biologie. Leur désaccord nous met dans une grande perplexité. Encore, avons-nous volontairement évité de citer d'autres revues et d'autres ouvrages, d'autres théories que l'on trouvera résumés et commentés dans le travail de Ey. Ce dernier, nous le prions de nous excuser, si nous ne donnons pas ici un aperçu de sa théorie. Nous ne nous sommes pas senti le droit d'en publier le texte avant lui.

Quant aux études sur la chronaxie, elles ne nous fournissent pas la certitude que nous désirons. Celles qui concernent

les modifications de l'électro-encéphalographie et les ondes Θ retrouvées dans des états bien divers ne peuvent pas non plus nous satisfaire pleinement. L'accord ne peut être fait sur ce point dans le présent. Souhaitons qu'il s'établisse dans l'avenir et cherchons une autre voie.

CHAPITRE II

LES ENSEIGNEMENTS TIRES DE LA CLINIQUE

Puisque la médecine est encore — en partie — une science d'observation, essayons de voir quelles indications fournissent les hystériques eux-mêmes au cours de leurs accidents. Ceci n'est pas un chapitre de sémiologie. Il ne s'agit pas de décrire les troubles que nous fournit le caprice de nos malades, et qui restent encore innombrables, lorsqu'on a extrait des descriptions anciennes tout ce que Babinski nous a invité à éliminer. Les crises et leurs diverses modalités, les paralysies, les contractures, les manifestations kinétiques, tout ceci sera laissé de côté ; à plus forte raison les anesthésies paradoxales où l'on voyait autant de symptômes caractéristiques de la névrose, qu'ils fussent permanents ou temporaires et qui, en réalité, n'existent que dans la mesure où l'attention des patients s'intéresse aux recherches du médecin.

On voudrait uniquement insister sur certaines dispositions générales, relevées d'ailleurs par beaucoup d'observateurs qui n'en ont pas tiré, peut-être, les conclusions qui s'imposaient.

La première est l'indifférence de l'hystérique vis-à-vis de ses accidents. On la comprendrait déjà mal, s'ils étaient bénins. On ne la comprend plus quand ils sont graves. Cet homme vient de perdre la vue par double décollement de la rétine. Sa douleur morale est immense, son chagrin dramatique, rien ne le console.

Mme J... est une jeune femme d'une trentaine d'années, soignée dans une Maison de santé de notre ville. Elle vient de perdre la vue. D'urgence son médecin est appelé auprès d'elle. Il la trouve souriante et coquette assise dans son lit, toute prête à causer librement de choses sérieuses — il est question de son volage mari — ou frivoles. Elle est stoïque. Si, par les infirmières qui le tiennent d'elle, on ne savait qu'elle est aveugle, rien ne l'aurait fait soupçonner. Aussi, dans leur conversation aucun des deux interlocuteurs ne risque-t-il une allusion à la cruauté du sort. Le médecin — lui aussi — a gardé son sang-froid. Il se rappelle que l'actuelle cécité succède à une longue série d'événements dont les crises nerveuses, des accès de léthargie, une monoplégie, une hémiplégie, un syndrome méningé, ont été les épisodes les plus marquants. Il a raison d'être optimiste, car cette cécité qui obligeait la malade à rester au lit en lui interdisant toute occupation, guérira, comme le firent les crises, la monoplégie, l'hémiplégie et la méningite sans altération du liquide céphalo-rachidien.

Mme G... vient des environs de Saint-Jean-de-Luz. C'est une jeune femme d'esprit alerte. Elle a fui le médecin de sa famille qui voulait l'immobiliser dans un appareil plâtré. En réalité, elle avait d'autres raisons. De perpétuels conflits avec sa belle-mère l'avaient excédée. Elle était venue chercher un peu de calme dans notre ville. Il est possible que son médecin ait parlé d'appareil plâtré. Etant donné qu'elle ne pouvait se tenir debout, qu'elle portait sur les deux côtés du cou des cicatrices d'anciennes adénites suppurées, et qu'elle avait été opérée quelques années auparavant pour une salpingite tuberculeuse, on conçoit que notre confrère ait pensé à un mal de Pott. Il n'eut certainement pas imposé l'immobilisation de sa cliente sans se donner les garanties indispensables à un diagnostic exact. En fait, Mme G... n'avait pas de mal de Pott. Ses réflexes et ses muscles étaient intacts, ses forces conservées. Elle était atteinte d'astasie-abasie hystérique qui faisait d'elle, en apparence, une grande infirme. Son mari qui la voyait par intermittence, sa mère qui l'avait suivie à Bordeaux et s'empressait auprès

d'elle, étaient dans la désolation. Seule, la jeune femme restait indifférente à son mal, même lorsque, tirée du lit et malgré le soutien qu'on lui offrait, elle s'effondrait sur le parquet. Et c'était merveille d'écouter ses propos : calme, raisonnable, elle disait comment elle organiserait sa vie — sans sa belle-mère — si elle avait le bonheur de guérir un jour... Il serait aisé de rappeler nombre d'exemples analogues.

Cette indifférence des hystériques en face de leur maladie n'a d'égale que leur indifférence en face de leur guérison. Il arrive, sans doute, que celle-ci s'opère d'une façon tumultueuse. On quitte brusquement son brancard, on fend la foule surprise et l'on s'élance avec des cris de joie et de reconnaissance vers une apparition de la Vierge que des fillettes ont cru distinguer plusieurs fois dans la région, depuis quelques semaines. Ce cas — nous serons discret — nous a été signalé par un médecin qui savait que la « miraculée » marchait avant le miracle. Les choses vont ordinairement d'un train plus modeste. Quand M^me^ G... eut été dûment tonifiée — elle en avait grand besoin —, quand tout fut préparé pour son retour chez elle, dans l'appartement que le jeune ménage occuperait seul, le moment parut propice à un changement d'orientation. Quatre personnes dans la chambre : la malade, son mari, sa mère, le médecin. A grand peine, on arrache M^me^ G... de son lit, on la porte vers une fenêtre; elle parvient à se redresser en s'accrochant à notre confrère. Celui-ci passe deux fois sa main droite sur le front de sa cliente et prononce ces paroles : « C'est fini, vous marcherez désormais ». L'étreinte se dénoue et la jeune femme marche, en effet, aussi allègrement que si jamais elle n'avait été arrêtée. Le mari ne peut dissimuler son émotion, la mère sanglote, le médecin reste naturellement calme; quand à M^me^ G... elle est sans joie comme sans étonnement. Des exemples de cette nature montrent que tout se passe comme si nos malades ne croyaient pas à leur maladie et ne doutaient pas d'une guérison préfabriquée dans leur esprit.

Lorsqu'on a la triste fortune d'être assez âgé pour avoir

connu la belle époque de l'hystérie, alors que les services de neurologie et de médecine générale regorgeaient de malades dont l'écriteau portait h ou H ; lorsque, surtout, on eut la faculté de suivre et de faire surveiller strictement certaines d'entre elles, la conviction s'impose que la supercherie règne en maîtresse parmi elles. On comprend dès lors l'attitude des malades devant leurs accidents et devant leur guérison. Pourquoi la température de celle-ci monte-t-elle à 40°, quand l'infirmière n'a pas pris la peine de la prendre elle-même et redescend-elle à 37° à la première vérification ? Pourquoi Mme R... astasique-abasique qui ne peut ni se tenir debout, ni marcher à quatre pattes devant ses parents, ses infirmières, le médecin, se lève-t-elle la nuit, si elle est seule, pour aller vomir dans son lavabo ? Elle affirme le lendemain qu'elle n'a pas quitté son lit, et se fâche si on la contredit ; mas on trouve dans le fond de sa cuvette quelques particules alimentaires, quelques menus débris de son repas de la veille qui n'ont pas été drainés, malgré la précaution qu'elle avait prise de faire couler un filet d'eau ? Voici une autre astasique-abasique. Son accident s'est produit dès que lui fut annoncée la nouvelle qu'on ne la garderait plus dans la maison qui l'employait. Elle tombe, ne peut se relever ; à plusieurs on la transporte sur un lit. Elle ne quitte, dès lors, ni la chambre ni la maison. Un examen rapide ne révèle aucune lésion organique, le diagnostic ne prête à aucune discussion. L'électrisation faradique, en vérité poussée assez loin, amène rapidement une amélioration dont tout le monde se réjouit. Mme Oct... marche maintenant à quatre pattes... et s'exerce à circuler de plus en plus vite. Or, un après-midi le médecin devance l'heure de sa visite habituelle. La porte du vestibule est entrebaillée et par l'espace qu'elle laisse libre on aperçoit quelques mètres de la salle à manger, au fond et à droite. Personne ne répond au premier coup de sonnette. Un second coup : à ce moment, rapide et légère, droite sur ses deux jambes, Mme Oct... traverse la zone visible de la salle à manger. Un instant encore : « Entrez »... Mme Oct... est au lit. Elle va beaucoup mieux... et dit son espérance de marcher bientôt d'une manière

normale. On la confirme dans une opinion si raisonnable. Quelques jours après, en effet, tout était rentré dans l'ordre. Dans le bourg où il allait se reposer, en descendant du train, sur le quai de la petite gare, le docteur X... eut le plaisir d'apercevoir M^me^ Oct... Elle était venue à sa rencontre les bras chargés de fleurs. Une pareille cure vaut bien quelque reconnaissance.

Bornons-nous à ces observations que nous avons entendu répéter fréquemment et dont nous avons connu certains protagonistes. Nul n'ignore que l'hystérique qui se plaint d'amaurose unilatérale se laisse régulièrement tromper par les images de la boîte de Flees. Janet en convenait. Il admettait la simulation chez le conscrit qui, dans l'espérance d'échapper au service militaire, se fait prendre au jeu. Mais il se mettait l'esprit à la torture pour se convaincre qu'en tombant dans la même erreur, l'hystérique ne simulait pas, puisqu'elle n'avait « aucun intérêt » à le faire. Un pareil parti-pris paraît déconcertant. On se demande quelle preuve meilleure, quel argument plus décisif auraient pu décider le grand psychologue à confesser la vérité. Paralysies sans altération des réflexes et des forces musculaires, anesthésies qui laissent persister les réflexes à la douleur (1) et disparaissent lorsqu'on pique par surprise les zones prétendues insensibles, comme l'a montré Babinski; anesthésies de la pulpe des doigts qui ne gênent en rien les travaux délicats de couture, de broderie ou de tricotage; surdité qui n'empêche pas d'entendre tomber une pièce sur le parquet et de se retourner aussitôt; choix d'une maladie commode et propre; tremblements qui cessent dans la solitude et reparaissent en public; crises de nerfs qui, pour se déclencher, exigent la présence de témoins, hommes de préférence, comme tout ceci sent la supercherie, cette supercherie dont Babinski disait qu'on n'en tenait pas un compte suffisant! Un soir M. T... ayant invité un parent à dîner sans prévenir sa femme, celle-ci se montra de fort méchante humeur. Elle n'avait rien à offrir. Cette déclaration faite, elle s'effondra sans se blesser et se livra

(1) Voir plus loin les expériences de BOISSEAU.

en poussant des cris aux gesticulations ordinaires de la grande crise de nerfs. L'invité courut à la cuisine; il en revint avec une gamelle d'eau froide qu'il déversa sur le visage de la malheureuse. « Oh! mon tapis, mon tapis !», s'écria Mme T... Elle se releva aussitôt, afin d'éponger l'eau en ménagère soigneuse. Le parent s'en fut dîner au restaurant.

Il arrive, la chose est rare, que quelques malades — nous employons encore ce mot, et l'on verra que ce n'est pas injustifié — laissent deviner la raison de leur attitude. Une fillette de quatorze ans, Jeanne D..., pâle et chétive, est conduite par sa mère auprès du médecin. Cette fillette est affligée depuis huit jours de mouvement de balancement du buste qui ne lui laissent de répit que pendant la nuit. Sa mère inquiète assure que cette « sorte de tic » s'est produit brusquement, un matin, à l'heure du départ pour l'atelier; elle ajoute que son enfant, très laborieuse, est désolée de ne pas travailler. Mme D... s'absente un instant. « Vite, pendant que votre mère n'est pas là, dites-moi pourquoi vous ne voulez pas aller à l'atelier ?» — « Parce que la grande Odette — la première — m'embête tout le temps ». La mère revient. Les confidences s'arrêtent. On en sait assez pour conseiller un traitement.

Les hystériques guéries n'aiment pas parler de leurs accidents passés. Il est permis au médecin qui les avait aidées à se tirer d'embarras de les interroger, quand tout est terminé depuis longtemps. Elles font paraître de la gêne, de la réticence, rougissent, n'avouent pas explicitement leur participation effective à la création de leurs troubles. Quelques-unes cependant, reconnaissent « qu'avec plus de volonté » elles auraient évité une maladie un peu humiliante. Ces demi-aveux suffisent à qui n'a pas besoin de torturer ses anciennes malades pour savoir ce qu'elles ont pensé et ce qu'elles pensent. On connaît le texte de Gide touchant les crises qu'il eut dans son enfance (1), leur genèse, les avantages qu'en tirait l'écolier de douze ans qu'il était alors. Nous tenions ce texte en réserve

(1) A. Gide : « Si le grain ne meurt ». Ed. N.R.F. (pp. 114 à 119, Ed. 1947.

depuis 1947. Boisseau l'a reproduit dans son beau travail : « Hystérie et simulation ». Cela nous dispense de le donner ici. Nous le regrettons. Du moins, à titre de compensation, résumerons-nous un passage de Schnyder. « Une femme intelligente donne son autobiographie : « La malade nerveuse veut avant tout qu'on s'apitoie sur son sort... Alors, lasse d'attendre, à bout de patience, instinctivement elle essaye un coup d'éclat. La première fois elle se laisse faire, étonnée après coup de son propre jeu. Plus tard, la malade agit par souvenir de l'heureux effet produit. La forme de la crise dépend du goût et de l'imagination de la malade ; mais la base morale, l'idée fondamentale est toujours la même : impressionner le public, confondre l'entourage par le mystère, arriver par force à ce que l'on s'occupe d'elle. Seulement, une fois le système choisi, on y reste fidèle pour sauvegarder le caractère de vraisemblance et de réalité... ».

Supercherie, simulation, à mesure que nous avançons dans notre étude, ces deux termes, de plus en plus, s'imposent à notre esprit. Ils cadrent avec les faits, rendent compte des formes les plus dissemblables que de mêmes liens unissent entre elles : le besoin de tromper et l'art facile d'y réussir.

Il s'en faut que la description clinique puisse s'arrêter là. Sans exception aucune toutes les hystériques dont nous avons rapporté les observations étaient des malades, de vraies malades, non évidemment par la nature de leurs accidents simulés, mais par les manifestations pathologiques qui avaient précédé ces accidents et continuaient à les accompagner. Chez Mme J... le colibacille proliférait avec une exceptionnelle abondance. Mme G..., tuberculeuse, on l'a vu, continuait à avoir quelques sueurs noctures et de petites poussées fébriles le soir. Mme R... était un peu obèse, mal réglée et très anémique, et la jeune Jeanne D..., pâle, frêle, porteuse de ganglions abondants. Mme T... avait révélé à plusieurs reprises des tendances maniaco-dépressives. On la trouva un jour pendue dans sa cuisine. Quant à Mme Oct..., dont l'aspect était florissant, elle avait de copieuses hémorragies dues à un gros fibrome que l'on dut opérer

quelques semaines après ses accidents d'astasie-abasie. On n'oubliera pas que c'est après une « petite vérole » qui l'avait maintenu trois semaines au lit, que le jeune Gide imagina pour les jouer les scènes pseudo-morbides qu'il décrivit plus tard. Et l'on comprend que Janet ait insisté sur la dépression de ces malades, dépression légère, différente de celle que l'on observe dans les grands accès mélancoliques. Le mot est commode et juste. On l'accepte avec empressement, à condition de ne pas le faire suivre des expressions devenues classiques de « diminution de la synthèse psychologique » et, surtout, de celle de « rétrécissement du champ de la conscience », ce rétrécissement du champ de la conscience qui allait de pair dans un dyptique conventionnel avec le rétrécissement du champ visuel. S'il existe de l'asthénie physique chez ces malades, ainsi qu'une asthénie morale qui les invite à repousser momentanément les contraintes familiales et sociales, il n'y a aucune altération de leur activité intellectuelle, aucune diminution de leur aptitude à exercer leur mémoire, leur jugement, leur sens critique. On dirait même qu'à la faveur du repos qu'elles s'accordent, leur esprit devient plus agile, leur sens des combinaisons — utiles pour l'avenir — plus aigu. Il reste pourtant qu'elles sont lasses, fatiguées, peu disposées à l'effort. C'est pourquoi elles **choisissent** un des moyens les plus simples qui soient à leur portée.

Elles font un choix, en effet. D'autres, asthéniques, et pour des causes identiques, ne se comportent pas de la même manière. Celles-là, passives et résignées, acceptent leur sort et supportent, tout en souffrant, les ennuis, les vexations dont la vie les accable. Celles-ci, querelleuses et violentes, défendent leur indépendance en criant si fort qu'on n'ose plus affronter leurs accès de colère. D'autres se laissent aller doucement à la mélancolie, au suicide au besoin, tandis que beaucoup, hyperémotives constitutionnelles, réaliseront le syndrome de la psychasthénie avec ses cris d'angoisse et ses obsessions. Les hystériques, elles, optent pour la ruse, et, reconnaissons-le, pour le mensonge. Si elles ne sont pas forcément, nous l'avons

vu, des mythomanes de toujours, elles cèdent à la nécessité du mensonge utilitaire, du mensonge à temps. Dupré et Logre l'ont vu. Ils étaient empêchés d'ajuster cette tendance qui est réellement en elles à l'hypothèse d'une suggestion inconsciente qui n'est qu'une vue de l'esprit. Tout s'éclaire, lorsque, repoussant l'idée d'une suggestion inconsciente, pour parler comme les classiques ou d'un refoulement inconscient pour prendre le langage de Freud, on convient que les hystériques optent volontairement pour le mensonge, parce qu'il leur apparaît comme le meilleur moyen de se défendre ou d'obtenir ce qu'elles désirent.

Est-ce que les hystériques sont, en fait, des infantiles, comme le soutient Pierre Galimard ? Cela est vrai pour quelques-unes d'entre elles, non pour toutes. On en rencontre de très intelligentes et de très cultivées, douées d'une volonté ferme et qui savent mener leur barque avec beaucoup d'adresse. Cette fondatrice d'une religion qui devint, nous dit Pierre Janet, la femme la plus riche de l'Amérique, ne manquait ni d'audace, ni de continuité dans ses desseins. Si le credo qu'elle sut imposer à ses fidèles nous paraît procéder d'une imagination assez pauvre, l'ardeur et l'habileté qu'elle mit à le défendre et à le propager témoignent de qualités qui n'appartiennent guère aux enfants.

A. Manceaux, C. Bardenat, R. Susini, nous font pénétrer dans l'intimité des indigènes algériens. « S'il n'est pas douteux, disent ces auteurs, que le déterminisme des accidents pithiatiques se trouve intimement lié à la mentalité primitive de nos indigènes — principalement ceux des campagnes — les démonstrations de la névrose hystérique ne se rencontrent guère en dehors des cas où un intérêt matériel ou moral entre en jeu ». Ces hommes enlevés à leur terre simulent avec une ténacité que rien ne désarme — même le fait d'être pris en flagrant délit — des affections qu'ils n'ont point, pour éviter de participer à une guerre dont ils savent les dangers sans en connaître les buts. Si, traversant la Méditerranée pour revenir en France, nous nous informons de l'origine de nos malades, nous appre-

nons que les habitants des villes sont aussi prompts que ceux des campagnes à créer, s'il est besoin, des syndromes hystériques et que tous les milieux sociaux fournissent leur contribution à la « névrose ».

CHAPITRE III

D'UNE DEFINITION DE L'HYSTERIE

Fatalement, les définitions proposées pour l'hystérie résument l'opinion que s'en font les différents auteurs. Ceux qui voient en elle une forme d'épilepsie et ceux qui la considèrent comme une schizophrénie atténuée; ceux qui en font le résultat d'une inhibition corticale et ceux qui lui découvrent une étroite parenté avec l'encéphalite léthargique n'accepteront ni les définitions anciennes ni celles que l'on serait tenté de leur proposer en se fondant sur l'expérience clinique, rectifiée par une surveillance attentive des malades et de leur comportement, quand elles ne se sentent pas observées. Il serait inopportun de les rapporter toutes, en admettant que la chose fût possible. Deux retiendront notre attention : la première, qui semble si simple, celle de Pitres, à cause de son caractère général; l'autre, celle de Babinski, à cause de son caractère particulier qui permit, dès qu'elle fut connue, et avant la modification que le maître lui fit subir, d'endiguer l'envahissante hystérie : ce qui prouve que pour être utile, une définition n'a pas besoin d'être parfaite.

Celle de Pitres : « A défaut d'une définition nosologique dont la formule n'est pas encore trouvée, les considérations que je viens de développer devant vous peuvent servir de base à une définition clinique ainsi conçue : l'hystérie est une névrose dont les accidents très divers ont pour caractère commun :

a) de ne pas être sous la dépendance directe de lésions organiques;

b) de pouvoir être provoqués, modifiés ou supprimés par des manœuvres externes ou par des causes purement psychiques;

c) de coexister en nombre variable;

d) de se succéder sous différentes formes et à différentes époques chez les mêmes sujets;

e) de ne pas retentir gravement sur la nutrition générale et sur l'état mental des malades qui en sont atteints. »

Au premier abord, cette définition a l'air d'être uniquement fondée sur des faits cliniques. Elle ne prétend pas avoir un caractère nosologique. Pourtant, dès les premiers mots, elle nous apprend que l'hystérie est une « névrose ». Quoiqu'on s'en défende, c'est là une interprétation pathogénique qui, pour être résumée en un seul mot, n'en est pas moins significative de l'état d'esprit qui régnait alors. Aussi bien, lorsqu'on cherche dans l'exposé des motifs quelques détails sur la signification du mot « névrose », on lit : « les accidents hystériques sont la conséquence de troubles purement fonctionnels du système nerveux ». On connaît la prodigieuse fortune de « ces troubles purement fonctionnels du système nerveux ». Ils ont l'avantage ou l'inconvénient de pouvoir être invoqués à l'occasion des affections les plus diverses n'ayant aucun rapport entre elles. Ils rappellent l'épilepsie essentielle — qui restera essentielle jusqu'à ce que son essence soit connue —; l'ascite essentielle des jeunes filles dont Cruveilhier, en 1820, nous donna une si belle description clinique et qui demeura essentielle, en effet, jusqu'au jour où sa nature tuberculeuse fut démontrée.

Qu'est-ce au juste qu'un trouble fonctionnel ? On essaye de le comprendre sans y parvenir. Une fonction n'est pas une entité métaphysique qui s'attache à un organe, à un système pour les inciter à réaliser ce qu'elle exige d'eux et qui peut pour son propre compte s'accorder le privilège des caprices les plus singuliers. Une fonction n'est, au fond, que l'expres-

sion de la vie, des mouvements intimes d'un organe ou d'un système. On ne conçoit pas qu'elle soit troublée sans la perturbation discrète ou grossière de l'organe ou du système.

Ces réserves faites — et l'on sent bien qu'elles ne s'adressent pas uniquement à l'opinion de Pitres, laquelle, en 1891, était celle de tous les neurologues ou peu s'en faut — la définition du maître bordelais permet d'introduire dans le cadre de l'hystérie certains syndromes qui en ont été rejetés depuis : états anxieux, par exemple, mais surtout troubles trophiques, œdèmes par vaso-dilatation périphérique, refroidissement des membres par vaso-constriction durable, chute spontanée des ongles et des dents, escharres fessières. Ces deux derniers groupes de symptômes, Pitres regrette de ne pas les avoir vus se développer sous ses yeux et de n'en avoir eu connaissance que par le récit d'une de ses malades. Il les admet cependant par analogie avec ceux qu'il avait constatés, tels les œdèmes, et aussi par analogie avec les faits publiés par Chantemesse et Widal, Charcot, Athanassio, Oulmont et Touchard.

Comme tout ceci est lointain ! non pas seulement parce que les années ont passé, mais parce que l'orientation des esprits s'est faite dans un sens différent. On a peine aujourd'hui à se représenter les préoccupations de nos maîtres, à saisir les motifs de leurs convictions. Ces leçons cliniques sur l'hystérie et l'hypnotisme furent le bréviaire de nombreuses générations d'étudiants. Elles témoignent d'une haute conscience médicale. Les observations qu'elles renferment nous renseignent mieux que de longues dissertations, sur le polymorphisme des accidents hystériques, leur singularité, les modalités de leur apparition et de leur guérison. Elles nous font vivre une époque de l'histoire médicale; époque révolue, hélas ! et que regrettent, à juste titre, ceux qui ne répugnent pas à voir la science se mouvoir au pays des merveilles.

Paraît Babinski. De son œuvre, de ses dons magnifiques d'observateur, du travail considérable qu'il entreprit et conduisit à bonne fin, justement pour éliminer de l'hystérie ce qui ne lui appartenait pas en propre, nous ne saurions rien dire

qui n'ait été répété à tous les échos. La conséquence la plus certaine de ses travaux fut de diminuer peu à peu le nombre des cas d'hystérie. Elle existe encore, elle existera toujours. Mais ce qu'elle devait à une sorte de frénésie générale, à la culture, à la mode, aux erreurs d'interprétation, à la trop facile acceptation par les médecins et les psychologues des fantaisies dont elle s'entourait, tout ceci ayant en grande partie disparu, on ne voit plus chez nous que des échantillons isolés et rares de la grande névrose. Cette raréfaction, presque inattendue, d'une « affection » qui avait suscité une prodigieuse quantité de publications dont « l'index medicus » était aux trois quarts rempli, comporterait, si l'on n'y prenait garde, un danger : celui de méconnaître l'hystérie, quand, par hasard, elle se présente.

L'hystérie, dit Babinski, le 7 novembre 1901, à la Société Neurologique de Paris, « est un état psychique rendant le sujet qui s'y trouve capable de s'auto-suggestionner. Elle se manifeste principalement par des troubles primitifs et accessoirement par des troubles secondaires. Ce qui caractérise les troubles primitifs, c'est qu'il est possible de les reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez certains sujets et de les faire disparaître sous l'influence exclusive de la persuasion. Ce qui caractérise les troubles secondaires, c'est qu'ils sont étroitement subordonnés aux troubles primitifs ». Et dans la discussion qui suivit, Babinski proposa le terme de pithiatisme pour désigner les accidents hystériques par un de leurs caractères distinctifs.

Cette définition eut l'effet que nous avons indiqué. Elle n'était pourtant pas sans reproches. Cette assurance que l'hystérie rend le sujet capable de s'auto-suggestionner, ne repose guère que sur des hypothèses non vérifiées, tandis que d'autres affections où l'auto-suggestion joue à coup sûr un rôle primordial, risqueraient d'être rangées sous la même étiquette, quand, surtout, la persuasion agit efficacement sur elles.

C'est pourquoi, sans doute, le 28 juin 1906, Babinski proposa une autre définition. Elle reproduit la première, à cette

nuance près — en vérité bien importante — que la formule touchant la faculté qu'a l'hystérique de s'auto-suggestionner est supprimée. C'est un progrès. Mais que voit-on lorsqu'on examine la deuxième définition, après l'amputation de la première ? Elle ne nous renseigne pas sur la pathogénie des accidents hystériques. Ce pourrait être par prudence. On souhaiterait cependant être mieux orienté. Elle prête à confusion. Le fait que le mot de « suggestion » y est encore prononcé, laisse croire à beaucoup de médecins que celle-ci joue un rôle dans la genèse des accidents. Ils n'ont pas absolument tort. Nous verrons plus loin que Babinski n'abandonna jamais sa croyance au rôle de la suggestion dans le développement des accidents hystériques. Il n'en reste pas moins que sa deuxième définition en laissant entendre que lesdits accidents sont identiques à ceux que l'on peut reproduire par suggestion avec une exactitude rigoureuse chez **d'autres sujets,** ne nous donne aucune directive quant à l'origine des troubles que nous constatons chez nos malades ou soi-disant tels.

Le mot de pithiatisme a gagné pendant un temps la faveur du public médical. Qu'il ait été utile, cela va sans dire. Qu'il soit entièrement justifié, on le contesterait volontiers. Beaucoup d'accidents hystériques guérissent, quand celles qui les ont créés ont décidé de s'en débarrasser. Que doivent-elles penser du médecin qui, d'une voix douce, ou sur un ton autoritaire, leur affirme la guérison d'une maladie qu'elles savent n'avoir pas ? Il en est d'autres qui résistent à la persuasion. D'autres, enfin, qui cèdent à certaines thérapeutiques appuyées. Peut-on dire que le torpillage soit un mode de persuasion ? Le jugement du tribunal qui satisfait aux prétentions des hystéro-traumatisés — hommes plus souvent que femmes — est un argument d'une grande force persuasive. Jusqu'au moment où il est prononcé, quel médecin se vantera-t-il d'avoir guéri beaucoup de ces malades par ses affirmations, sa dialectique, son appel aux sentiments, à l'espérance ?

Babinski était un clinicien trop avisé pour n'avoir pas perçu ces divers aspects de la question. Même à l'époque où

la suggestion jouait à ses yeux un rôle capital, il lui assignait des limites assez étroites, puisqu'elle réalisait seulement ce que la volonté était capable de reproduire. A la fin de sa carrière, les notes recueillies par ses élèves témoignent d'une nouvelle évolution dans le cheminement de sa pensée. Il écrivait : « Il est impossible de distinguer objectivement les deux ordres de faits (accidents hystériques et accidents simulés).. ce qui se comprend, d'ailleurs, aisément, car ils sont produits par le même mécanisme et leur différence réside seulement dans les états d'âme de ceux qui mettent ce mécanisme en jeu : le simulateur a conscience de la nature de ses plaintes et de ses actes, **tandis que le sujet suggestionné** en est **inconscient ou plutôt subconscient;** c'est en quelque sorte **un demi-simulateur.** Aussi la question de simulation doit-elle se poser toutes les fois qu'on se trouve en présence d'un phénomène ayant les caractères de manifestations pithiatiques... » Et plus loin : « de l'observation de très nombreux hystériques que j'ai suivis s'est dégagée pour moi cette conviction, qui est aussi celle de tous les neurologistes, que beaucoup de ces sujets sont sincères et ne peuvent pas être considérés comme des simulateurs; mais je dois avouer que cette idée est fondée sur des arguments d'ordre moral et ne saurait être démontrée avec la rigueur scientifique qu'on peut apporter dans l'étude des affections organiques. »

La grosse difficulté est là. Elle est moins dans le diagnostic entre l'hystérie et une affection organique — si malaisé parfois — que dans la distinction entre l'hystérie et la simulation. Avouons que la ressemblance entre les deux derniers termes doit être poussée assez loin pour que les meilleurs d'entre les neurologues ne puissent se décider que sur des arguments d'ordre moral. Ils ont leur valeur. On conviendra qu'il faudrait bien peu de chose pour que ces arguments fussent réduits à rien, par la seule considération, par exemple, que la suggestion supposée n'est ni probable ni prouvée. Il est inutile de revenir sur ce point. Reprenons les termes de Babinski : « beaucoup de ces sujets sont sincères. » Que dire des autres ? « Ces

sujets — les hystériques — sont des demi-simulateurs ». On ne peut donc leur reconnaître qu'une demi-bonne foi. Qu'est-ce qu'une bonne foi qui n'est pas entière ? Nous avons posé la question à un magistrat : « C'est, nous dit-il, de la mauvaise foi ». Et un demi-simulateur ? « C'est, nous répondit-il, un simulateur ». On ne saurait s'exprimer plus clairement. La moindre entorse à la vérité la transforme en erreur, si elle est involontaire, en mensonge, si elle est volontaire et s'accompagne de cette mise en scène que l'on trouve précisément chez les hystériques. De l'hystérie démembrée par les soins de Babinski, lorsqu'on a éliminé les affections organiques, les états émotifs, les accidents provoqués en utilisant un moyen matériel, ceux dont la supercherie est démontrée, il ne reste plus qu'un quatrième groupe où l'on compte des demi-simulateurs qui ne diffèrent en rien des simulateurs dont on a découvert les ruses.

Pourquoi, en telle occurrence, quand tout plaide en faveur de la simulation des accidents hystériques, se refuserait-on à la reconnaître ? En nous fondant sur nos lectures, sur les notes qui nous furent remises, sur nos conversations et nos observations personnelles, sur le texte de deux conférences de Ch. Perrens où le mot de « simulation volontaire » entre dans la définition de l'accident hystérique, tel que le concevait et le conçoit toujours l'auteur, nous adoptons et le mot et les inclinations qu'il traduit. Nous verrons s'il peut être apporté quelque atténuation à la rigueur de la définition proposée.

« S'il reste encore des malades qui, après examen médical, présentent des syndromes hystériques, n'est-ce pas justement parce que leurs médecins se sont refusés à poser dans sa brutalité l'équation hystérie = simulation », écrit L. Fromenty. Dans une publication remarquable par le fond et la forme, J. Boisseau (de Nice) discute longuement ce problème. Il démontre d'une manière irréfutable — mais n'étions-nous pas déjà prévenu ? — le but toujours utilitaire des accidents hystériques et l'intention de tromperie qui préside à leur constitution. Parlant de tares psychiques que l'on rencontre souvent chez ces simulateurs, il note que, si elles sont fréquentes, elles ne sont cependant pas absolument nécessaires, la volonté réflé-

chie étant parfois suffisante, comme ce fut le cas des jeunes hommes qui désiraient se soustraire, pendant l'occupation, au travail obligatoire en Allemagne. Personne n'oserait les blâmer, mais étaient-ce là des hystériques ?

Il est un argument qui, longtemps avant ses publications de juillet 1949 et d'avril 1950, avait retenu l'attention de Boisseau. Certaines anesthésies hystériques se présentent, assurait-on, de telle manière, qu'il est impossible de les simuler. On peut ne pas crier sa douleur, la concentrer volontairement en soi-même, mais non point supprimer, au moment de l'application sur la zone anesthésiée d'un stimulus dolorigène, les réflexes profonds à la douleur, et, en particulier, l'accélération du pouls. Si pareille conception était exacte, comme le soutinrent Tinel et Marinesco, cette différence entre l'anesthésie hystérique et celle du simulateur impliquerait que la première correspond à une réalité biologique qui manque dans la seconde.

Avant d'aller plus loin, ouvrons une parenthèse. Des médecins habitués pourtant à l'examen des hystériques s'étonnent que soient niées chez elles ces réactions à la douleur dans les régions anesthésiques. Ils observent que les réactions sont la règle, l'absence de réaction l'infime exception. En fait, on nous parle de **certaines** hystériques. Quelles sont celles ou ceux qui ont été choisis pour une démonstration spectaculaire ? Boisseau nous le déclare tout net : c'étaient des piliers d'hôpital, parfaitement entraînés à jouer leur rôle. Pitres (1) qui mettait une infinie patience dans ses examens et une conscience à laquelle nous avons rendu hommage, écrivait : « Il serait intéressant de savoir d'une façon précise si les réflexes cardiaques et respiratoires succédant aux excitations cutanées, sont modifiés par le fait de l'anesthésie de la peau. Mais pour étudier cette question, il faudrait provoquer des excitations violentes, brutales, qu'il n'est pas possible d'utiliser dans l'expérimentation **in anima nobili.** Il est probable cependant que l'anes-

(1) Pitres. — Loc. citat. T. I, pp. 72 et 73.

thésie cutanée ne supprime pas les réflexes dont nous parlons, car l'administration de douches froides détermine chez les hystériques atteints d'anesthésie générale, les mêmes symptômes d'angoisse cardiaque et respiratoire, que chez les personnes dont la peau est normalement sensible... Briquet a remarqué que les organes érectiles peuvent devenir turgescents par suite de l'excitation de la peau qui les recouvre, lors même que cette peau serait complètement insensible. Le fait est parfaitement exact... Un autre réflexe qui persiste chez les hystériques, malgré l'anesthésie de la peau, c'est le réflexe pupillaire sensitif... J'ai eu l'idée, récemment de rechercher sur quelques malades comment se comportait la pupille, quand on excitait des régions de peau anesthésique et j'ai constaté, à mon grand étonnement, qu'elle se dilatait, lorsqu'on venait à piquer ou à pincer fortement des parties anesthésiées du tégument, bien que les malades ne ressentissent aucune impression douloureuse... »

Tels se présentent, en effet, les hystériques ordinaires. On en trouve d'autres d'une classe supérieure, et qui parviennent à inhiber leurs réflexes cardiaques et pupillaires. Ce sont des cas de ce genre qui ont été opposés à Boisseau. Celui-ci, persuadé que tout ce qui est hystérique peut être intégralement reproduit par la volonté se soumit à de dures épreuves : celle de la faradisation vigoureuse qu'avait expérimentée Tinel sur son malade aux réactions profondes nulles, celle de l'eau bouillante réclamée par Marinesco et qui provoqua chez le courageux expérimentateur des brûlures graves. Et Boisseau ressentit chaque fois une douleur violente, sans que fut constatée l'apparition des réflexes profonds. Notons que si ces réflexes s'étaient produits chez lui, il eut été légitime d'invoquer le régime habituel des hystériques. Ne s'étant pas manifestés, leur absence démontra que, dans des cas exceptionnels, quelques sujets parviennent à s'accommoder de leur souffrance et que celle-ci est moins responsable que la **crainte** du déclanchement des réflexes dont il s'agit.

Restait une dernière expérience à faire. Titeca avait pro-

posé un nouveau test fondé sur l'électroencéphalographie de sujets anesthésiés. Une pince de Péan étant appliquée sur la zone soi-disant anesthésique, aucune modification des ondes alpha ne se produit, tandis que le simple effleurage de la zone sensible par un tampon de coton amène immédiatement une réaction d'arrêt. Cette constatation eût été troublante si Boisseau, dans les conditions scientifiques les plus strictes, n'avait démontré sur lui-même qu'un homme sain peut réaliser des manifestations identiques.

Ainsi, par des voies diverses, par l'étude des pathogénies, par l'observation impartiale de nos hystériques et des définitions où l'on s'efforce de résumer les caractères de leurs troubles, nous sommes constamment ramené à cette notion de simulation volontaire à laquelle on ne pensait autrefois que pour en éliminer l'hypothèse, à laquelle on s'attache de plus en plus maintenant. L'expérience s'est faite, peu à peu accrue par les exemples que fournirent les deux guerres, ainsi que les accidents du travail. Est-ce à dire que nous puissions nous contenter de l'équation : hystérie = simulation, ou même : hystérie = simulation volontaire ?

Les hystériques dont nous avons résumé les observations étaient toutes des malades. Elles l'étaient, non par leurs accidents simulés, mais par les circonstances qui les avaient invitées à tromper dans un but utilitaire. Elles l'étaient par leur asthénie générale qui tenait soit à la répétition de causes morales déprimantes, soit à des affections physiques, anémie, tuberculose ancienne, hémorragies, etc., soit à la somme de ces deux ordres de causes. Il est bien entendu — nous ne voudrions pas nous répéter — que le syndrome dépressif léger qui en résultait se serait traduit chez d'autres par des manifestations différentes. Pour celles dont il a été déjà question et pour celles dont nous parlerons bientôt, il était indispensable qu'il y eût chez elles plus de duplicité que d'émotivité vraie, cette duplicité durable ou temporaire portant au choix de la simulation, plutôt qu'à d'autres procédés de défense.

En tenant compte de ces facteurs, dont les uns sont physiques, les autres d'ordre moral, nous proposons la définition suivante :

L'hystérie est une disposition plus ou moins morbide à simuler volontairement le pathologique.

De cette définition, la deuxième partie ne paraît pas contestable. Elle est contestée pourtant et le sera encore, tant il est difficile de renoncer aux vieux mythes. L'accident hystérique est une simulation, et volontaire, qui ne procède par conséquent ni d'un état d'inconscience, ni d'un état de subconscience. Il n'y a donc pas lieu de tenter de le distinguer de la simulation pure et simple dont il partage les caractères intrinsèques en mettant en jeu un « mécanisme identique ». Les seules différences que l'on découvre entre les simulateurs, hystériques ou autres, viennent de l'état préexistant à leur simulation. Nous voyons l'intérêt des recherches sur la nature des troubles antérieurs, leur intensité, les affections si variées qui leur donnent naissance, les chocs moraux, peu violents d'ordinaire, en temps de paix, dont la répétition crée un climat favorable au désir de se tirer d'affaire par des moyens que l'on juge illicites, mais que l'on emploie malgré tout, parce que d'autres sont inutilisables ou le paraissent.

L'étude du fonds mental, des aptitudes intellectuelles et morales anciennes, de l'intégrité du jugement ou de ses désordres — car des aliénés peuvent simuler un délire qui se superpose à celui qu'ils ont déjà — devra compléter notre examen.

De pareilles analyses permettent d'établir une sorte de gamme des responsabilités chez les simulateurs, allant de la responsabilité entière à la plus atténuée. Elles ont un autre avantage : celui de nous faire pénétrer dans la vie intime de nos malades, de les mieux connaître et, partant, de diriger avec plus de sûreté notre thérapeutique.

CHAPITRE IV

DU DIAGNOSTIC

De tout ce qui précède, il résulte que l'hystérie ne peut être considérée comme une maladie mentale. Avant la décision de simuler elle consiste en une disposition d'esprit qui favorise cette décision, l'aide à naître et à se réaliser, mais qui est elle-même la conséquence d'affections déprimantes multiples. Celles-ci sont généralement banales. Rien n'empêche qu'elles soient en rapport avec des troubles organiques du système nerveux ou des troubles mentaux dûment catalogués : l'hystérie — qu'il faut se garder de confondre avec ces deux derniers groupes — n'est alors qu'un syndrome surajouté artificiellement et qui tient moins à la qualité des lésions qu'à certains de leurs effets dépressifs.

La manie, la mélancolie ou lypémanie hystériques, n'existent pas, le délire de persécution hystérique pas davantage. Ayant reçu, il y a quelque temps, une demande de renseignements sur une malade morte à Château-Picon et dont la fille venait d'être internée à l'hôpital psychiatrique de Poitiers, il nous fut donné de lire sur le registre de la loi la mention suivante :

G..., 25 ans, entrée le 19 avril 1898. Certificat d'admission : nouvel accès d'excitation maniaque de nature hystérique. Certificat de 24 heures : Lypémanie H. Dépression mélancoli-

que, hallucination de la vue et de l'ouïe, voit des femmes défiler devant elle, délire de persécution contre son père.

Certificat de quinzaine : lypémanie hystérique, apathique, ne fait rien ; perversion des sentiments affectifs.

Si réduites que soient les indications relevées, le polymorphisme des symptômes ferait tout de suite penser de nos jours à une démence précoce. En fait, en suivant l'évolution des troubles mentaux de 1898 à 1917, époque à laquelle la malade mourut de tuberculose pulmonaire, on voit se succéder tous les symptômes de la démence précoce jusqu'à la désagrégation terminale.

La démence précoce était relativement peu connue en France en 1898. On pourrait peut-être expliquer par là le diagnostic d'excitation maniaque hystérique précédant d'un jour celui de lypémanie hystérique. Mais pourquoi ces diagnostics de manie, de lypémanie, de délire hystériques pour des formes mentales décrites partout et que les aliénistes ne pouvaient ignorer ; pourquoi cette adjonction d'hystérique à la manie classique, à la mélancolie, aux psychoses à double forme et périodiques, à certains délires hallucinatoires ? Aucun certificat, aucune observation n'en mentionne la raison. Question de mode probablement. On eut été heureux de savoir par quels détails, par quels symptômes particuliers, des médecins de l'extérieur et celui de l'asile avaient été conduits à des diagnostics de ce genre.

Ayant en mains le registre de 1898, nous l'avons feuilleté page par page. Pour 367 malades inscrites, nous avons relevé 31 cas de « folie hystérique », soit 8,6 pour cent. C'est beaucoup. A défaut des renseignements que nos archives ne nous donnent pas sur les raisons qui ont fait qualifier d'hystériques des manies ou des mélancolies typiques ou des délires hallucinatoires ou non, compulsons un livre ancien. Pitres consacre sa cinquante-septième leçon (1) aux attaques du délire, plus exactement aux attaques de manie et de délire hallucinatoire ;

(1) Pitres. — Loc. cit. T. II, p. 283.

des observations qu'il rapporte et qui ont trait à des hystériques patentées, ayant fait leurs preuves depuis longtemps, il ressort que, ni dans la manie dont il parle, ni dans le délire hallucinatoire qu'il décrit, on ne trouve la marque de la véritable aliénation mentale. D'un bout à l'autre de la leçon se dégage et se précise l'idée d'accidents simulés. Cette Elisabeth R..., en particulier, qui ne s'apaise par aucune médication, mais dont les hallucinations disparaissent soudainement dès qu'on la met dans une salle obscure ou qu'on lui place un bandeau sur les yeux, voire sur le seul œil gauche, du côté anesthésique, cette Elisabeth R... qui recommence à avoir des hallucinations, dès qu'on lui enlève son bandeau monoculaire, est une hystérique, en effet, mais qui mime un délire hallucinatoire, comme elle l'avait fait antérieurement d'autres événements pathologiques. C'était une femme, une simple femme un peu puérile dans ses manifestations tapageuses. Elle aurait eu beaucoup à apprendre d'autres simulateurs, les bagnards de Saint-Martin-de-Ré, avant leur départ pour la Guyane, les disciplinaires de l'île Madame : ils avaient plus de résolution; il est vrai qu'ils dosaient leurs troubles suivant l'importance de l'enjeu.

Ceci ne signifie pas qu'une hystérique, un simulateur, n'aient pas le droit d'avoir des troubles mentaux. A partir du moment où leurs troubles éclatent, ces malades se comportent comme de vrais aliénés qu'ils sont devenus et l'on ne voit plus chez eux ces paradoxes, ces cocasseries dont les hystériques en activité nous offrent l'exemple.

En somme, ce qu'on appelle l'hystérie mentale comprend deux catégories bien distinctes, auxquelles nous adjoindrons bientôt une troisième. Dans la première prennent place des syndromes analogues à celui d'Elisabeth R... ou d'Albertine M... (1) qui développa avec la virtuosité que l'on sait, son délire écmnésique. Ce sont là des troubles simulés, le plus souvent assez mal, et qui ne peuvent guère donner le change à un

(1) PITRES. — Loc. cit., T. II, p. 291.

psychiatre exercé, s'il est doté d'un minimum de défiance. Comme les autres manifestations hystériques, ils sont réalisés selon les conceptions que les sujets se font de la folie. Leur identité est frappante, avec ce que l'on observe chez certains prisonniers simulateurs qui cherchent à obtenir un rapport médico-légal favorable, et l'obtiennent parfois d'un expert trop confiant.

Dans la deuxième se rangent les délires sincères, les phénomènes maniaques, mélancoliques, confusionnels, les amnésies vraies, les symptômes de l'hébéphréno-catatonie, dont le diagnostic est parfois difficile au premier examen, mais qui s'éclaire si l'on s'informe de tous les menus faits qui ont précédé l'éclosion des grands accidents. Dans tous ces cas, l'hystérie n'intervient en aucune manière pour modifier le tableau clinique, même si dans le passé la preuve est faite qu'elle s'est affirmée en divers épisodes. La chose devient de plus en plus rare. C'est là-dessus que reposait autrefois la notion de manie ou de mélancolie hystériques : il s'agissait en réalité de manie ou de mélancolie chez des hystériques et non de formes mentales particulières aux hystériques.

Dans la troisième catégorie rentrent des faits de surcharge symptomatique due à la simulation. Ils sont peu fréquents. Sur 428 malades de Château-Picon, nous n'avons trouvé que 5 cas. Avant de les résumer, notons qu'il s'agit de malades dont le fonds mental est relativement peu atteint.

Observation I

*M*me *M*... est entrée à l'âge de 43 ans, en 1933, à l'hôpital psychiatrique de Château-Picon. Le certificat d'internement contient en substance : troubles mentaux caractérisés par un déséquilibre constitutionnel des facultés psychiques avec perversions instinctives... Simulation d'états pathologiques; simulation de remords et de contrition dans le but d'apitoyer l'entourage... simulation d'une tentative de suicide : a fait mine de vouloir se précipiter dans la

Garonne du haut de la passerelle métallique, au moment où un passant était à proximité pour la retenir.

Mme M... a aujourd'hui 62 ans. Depuis son internement elle présente une dizaine de fois par an « de vagues crises lipothymiques mentionnées déjà dans le certificat de quinzaine et qui surviennent surtout après des disputes ou des contrariétés. Elles ont toujours le même caractère clinique; la malade crie d'abord qu'elle va mourir, sa respiration devient haletante, elle s'affaisse lentement vers le sol ou s'appuie sur un meuble, pousse des gémissements dramatiques puis, peu à peu, bien que très fatiguée, retrouve cependant assez de force pour réclamer une punition contre la personne qui a provoqué la syncope, en l'injuriant ou en lui faisant une remarque déplacée, ou pour demander un supplément de nourriture pour prévenir de telles faiblesses.

Elle ne présente au cours de ces manifestations aucun trouble cardiaque, ni variation de la tension, et son état général est excellent.

Observation II

Paulette F... Après un premier internement (août 1932 à mai 1933) était rendue à sa famille, qui avait obtenu sa sortie par la voie judiciaire. En 1935, elle revient à Château-Picon où elle se trouve encore aujourd'hui. C'est une débile, déséquilibrée, perverse, instable et mythomane dont le souci le plus constant est d'attirer sur elle l'attention de son entourage. Dans les antécédents on trouve : une mère morte de congestion pulmonaire, un père plusieurs fois interné pour accès d'agitation, un frère tuberculeux, une demi-sœur « bizarre », peut-être épileptique, sur laquelle nous n'avons aucun renseignement précis.

A son admission en 1935 la malade avait affirmé qu'elle était enceinte d'un mois et demi, que, chez elle, elle vomissait souvent et que son ventre grossissait à vue d'œil. Le doute pour le médecin qui la soignait alors ne se dissipa qu'avec l'apparition des règles, vingt jours après son entrée. Leur date est soulignée trois fois...

En 1950, elle réussit à échapper à la surveillance du personnel infirmier et prétendit, lorsqu'on la retrouva au bout d'une heure, quelle s'était donnée à un débile qui jardinait dans le parc de

l'hôpital. Le débile interrogé s'enferma dans le plus profond mutisme, et notre malade, dès ce moment, déclara qu'elle était enceinte. Au bout de quelques jours, elle eut des vomissements, des « faiblesses », exhiba un gros ventre et réclama les suppléments de nourriture que « nécessitait son état ». L'évolution trop rapide de cette grossesse, le plaisir évident que la malade montrait à s'exhiber lors des examens et les satisfactions matérielles qu'elle espérait obtenir, plaidaient en faveur de la simulation. La supercherie ne fut confirmée cependant que par le retour des règles.

Observation III

Marcelle F..., née en 1901, est entrée à Château-Picon en 1937. Elle est débile, insouciante, impulsive et épileptique. Internée une première fois en 1932, elle avait pu, après un traitement anticomitial, revenir dans sa famille. A la mort du dernier de ses parents elle revint dans notre hôpital, après un passage de courte durée dans un hospice.

Elle est naine, son état général est satisfaisant.

Cette malade a souvent simulé des maladies nerveuses diverses. Mais elle a une dilection particulière à imiter les crises d'épilepsie. Ces imitations sont si parfaites que son médecin l'a souvent amenée à la Faculté pour montrer aux étudiants, lors de ses cours sur l'épilepsie, ce qu'était une grande crise, et que nous avons nous-même utilisé son talent pour impressionner les visiteurs de notre maison. Il suffit pour obtenir cette faveur de promettre 90 cm3 de sirop pectoral. La malade cependant ne reconnaît jamais le caractère simulé de ses crises et prétend, bien que les coïncidences soient devenues trop nombreuses, qu'il n'y a aucun rapport entre nos demandes voilées, nos promesses et les accidents comitiaux.

Observation IV

Simone L... est âgée aujourd'hui de 29 ans. Elle est débile et atteinte de mal comitial. Elle avait présenté avant son internement en 1949, des crises paroxystiques à allure névropathique.

A son entrée, la malade nous avait déclaré qu'elle ne pouvait plus marcher depuis l'âge de 15 ans. A cette époque, elle serait

« tombée raide » et n'aurait pas pu se relever. Elle serait restée un an, sur une chaise-longue.

L'examen segmentaire ne montra aucun signe de lésion centrale pouvant expliquer cette impotence : la musculature est normalement développée, la sensibilité normale, les réflexes normaux aussi.

Il fut institué un traitement anticomitial et, comme malgré tout ce qu'on put lui donner, les crises qu'elle présentait étaient toujours nombreuses, nous la laissâmes quelque temps au lit.

Deux mois après son entrée, Simone L... nous demanda à se lever. Cela lui fut accordé. Et nous pûmes voir tous les jours la malade marcher sur ses genoux pour aller faire une petite promenade dans la cour.

Nous l'exhortions d'abord à marcher, puis pensant que, si nous feignions de ne pas nous occuper d'elle, ces troubles passeraient tout seuls, nous laissâmes le temps faire son œuvre.

Ces troubles de la marche devaient durer plus longtemps que nous ne l'avions prévu. Tantôt il semblait qu'ils allaient disparaître, car la malade « s'essayait » à faire quelques pas normaux en se tenant au mur, tantôt, au contraire, elle ne se déplaçait plus qu'en rampant. A certains moment, lorsqu'on devait l'emmener quelque part, on devait la porter, et, tandis qu'on la tenait sous les bras, elle faisait en l'air avec ses jambes, des mouvements désordonnés de pédalage qui montraient que sa musculature fonctionnait. Les crises comitiales étaient de plus en plus rares, tandis que des crises hystériques se produisaient fréquemment.

Tout ce qu'on put lui dire ne servit à rien.

Il fut donc décidé au début de janvier 1952 de lui faire subir un traitement par faradisation. Celui-ci permit d'obtenir quelques progrès, mais insuffisants et de courte durée.

Seul l'Ec. local, répété, eut raison de l'astasie-abasie de notre malade.

Ces diverses malades débiles ou épileptiques ne présentent pas de troubles mentaux graves. L'hystérie est incompatible avec la manie aiguë, la confusion, la mélancolie profonde, anxieuse, délirante ou stuporeuse. Elle ne peut se manifester que dans le cas où l'esprit de ruse et de combinaison persiste. Nous voudrions le montrer par un dernier exemple :

OBSERVATION V

*M*me *Gir...*, âgée de cinquante ans, était entrée à Château-Picon pour un accès de mélancolie anxieuse d'une extrême violence. C'était une femme grande, aux traits nets, à la chevelure presque blanche. Mais elle marchait à demi-voûtée, le dos rond, les bras fortement croisés sur sa poitrine qui en paraissait rétrécie. Tout le jour et une partie des nuits, elle gémissait : « Mon Dieu, mon Dieu, qu'ai-je fait, que va-t-il m'arriver ! ». Sidérée par sa douleur morale, il lui était impossible de répondre à nos questions, sinon par des gémissements accrus, de profonds soupirs alternant avec des périodes où elle semblait incapable de respirer. Des semaines passèrent. Les soins aidant, Mme Gir... se détendit peu à peu, s'alimenta normalement, prit plus de soin de sa tenue. On pensait que la guérison totale ne tarderait pas et c'est ce qui advint. Mais notre malade, avant de nous quitter complètement guérie, nous donna un spectacle auquel nous n'étions pas habitué. Il nous arriva, à maintes reprises, de la voir dans la salle de réunion ou dans le jardin, droite, la tête haute, très belle en vérité, mimant la douleur à la façon d'une tragédienne, avec des gestes pleins de noblesse théâtrale, parlant la douleur en des phrases bien rythmées où revivaient des souvenirs classiques. O Diderot, ô paradoxe sur le comédien! Comme il est vrai que le bon acteur doit avoir la tête froide! Les émotions trop violentes ne sont pas de mise au théâtre : elles cassent la voix, gênent l'expression plastique des sentiments que le public croit sincères quand ils sont habilement simulés. Faible contribution tirée du pathologique, à l'œuvre de l'encyclopédiste : quand Mme *Gir...* souffrait intensément, elle ne pouvait répéter d'une voix étouffée que quelques mots stéréotypés, comme c'est la règle; ses gestes se réduisaient à croiser les bras sur sa poitrine. On connut aux progrès qu'elle avait faits dans l'art des attitudes tragiques et de la déclamation que sa douleur morale avait cessé, sans doute complètement. On le lui dit, elle en convint, cessa son jeu, et quitta notre maison sans qu'il restât une trace de sa mélancolie passée.

On parlait beaucoup trop autrefois de délires hystériques. Les hystériques ne peuvent que simuler les délires et s'acquittent médiocrement de leur besogne. Cela s'explique : un vrai persécuté, un mystique, un grand hypocondriaque sont péné-

trés de la vérité de ce qu'ils annoncent. Leur erreur portant sur les relations qu'ils pensent avoir découvertes entre eux et le monde extérieur ou, pour les hypocondriaques, entre eux et les éléments qui constituent leur personnalité, est d'emblée passionnelle et pour cette raison porte en elle le germe d'une action future. Si l'on veut se rendre compte de la puissance de l'autosuggestion, ce n'est pas chez les hystériques qu'il faut en chercher les preuves, chez eux qui restent indifférents à leur maladie et à leur guérison, c'est chez les délirants. Déjà engagés dans les voies de la recherche tendancieuse par leurs troubles affectifs, un jour la vérité leur est révélée. Quelle que soit la présentation du délire — interprétatif, hallucinatoire ou imaginatif — il procède toujours d'une intuition soudaine qui revêt le cachet de l'évidence, parce que l'idée qui s'impose à l'esprit est en parfait accord avec les dispositions affectives du moment.

Leur croyance est intime, profonde; ils y sont irrésistiblement attachés, parce qu'ils restent dominés par leur découverte première à laquelle ils ont accordé leur foi. Aussi reviennent-ils, et avec quelle constance, quelle âpreté, quelle violence sur le sujet qui leur est cher. Les hystériques se comportent différemment. Est-il admissible que leur intérêt ne se dirige pas sur les troubles qu'elles exposent complaisamment et qu'on puisse leur parler de toute autre chose sans qu'elles en soient surprises ou irritées ? Lorsqu'elles simulent un délire, l'étude de leur comportement, de leurs réactions affectives, des idées qu'elles émettent, où l'on ne trouve ni la cohésion des délires partiels ni la véritable incohérence, impossible à imiter, des déments précoces dissociés, tout, jusqu'à cette allure de comédie, de parade qu'on leur voit, doit nous aider à établir notre diagnostic.

Aussi bien ces observations n'ont-elles qu'une valeur rétrospective. Depuis de nombreuses années — l'œuvre de Babinski a provoqué une bienfaisante épuration — nulle malade n'entre à Château-Picon, avec l'étiquette de manie, de mélancolie, de délire hystériques. Celles qui y entraient autrefois, nous n'en doutons pas, étaient pareilles à celles que nous recevons main-

tenant. Les maniaques, les confuses, les mélancoliques, les délirantes n'ayant pas changé, les vocables seuls se sont modifiés. On croyait sur des signes incertains dépister l'hystérie partout ou presque. Que cette erreur reconnue ne nous engage pas à ne plus la voir où elle est.

Ici devrait se placer l'étude des troubles physiopathiques dans leurs rapports possibles avec l'hystérie, si nous n'avions eu le désir de limiter notre sujet. Nous renvoyons donc aux travaux abondants publiés sur la question, en particulier à ceux de Babinski et Froment, de Roussy et Boisseau et à l'article de Cl. Vincent, pour ne citer que ces noms parmi les auteurs qui se sont occupés de la question après Hunter, Charcot et Vulpian. Il paraît certain que ces manifestations réflexes, ces amyotrophies, ces contractures d'un type si particulier, que Guillain et Barré attribuaient à une névrite irradiante, ces troubles vaso-moteurs, thermiques, sudoraux, trophiques, ne ressemblent pas à ceux de l'hystérie. Babinski est formel sur ce point. Ils ne peuvent être reproduits par la volonté, ni guérir par « persuasion ». Quelques-uns d'entre eux, comme certaines amyotrophies sont d'une extraordinaire ténacité, même si, comme le signale Clovis Vincent, les sujets qui en sont atteints se soumettent avec bonne volonté à un entraînement musculaire très régulier.

Ces troubles physiopathiques ou réflexes étant éliminés du cadre de l'hystérie, il n'en est pas moins vrai que l'hystérie peut se superposer à eux et modifier leur aspect général. On voit combien le diagnostic devient alors délicat. En présence de complications de ce genre, on doit s'efforcer d'établir une hiérarchie des symptômes en séparant ceux que la volonté peut réaliser de ceux qu'elle est incapable de créer. Mais il semble bien que le meilleur moyen soit encore l'observation, l'observation constante de jour et de nuit pratiquée par le médecin ou par des aides intelligents et consciencieux. Surveillé — autant que possible à son insu — sans trêve, sans défaillance, l'hystérique commettra fatalement quelque faute, quelque erreur qui fera découvrir sa supercherie.

Il serait malséant d'allonger ce travail en donnant ici les caractères différentiels des affections organiques du système nerveux que l'hystérie simule, le plus souvent d'une manière bien imparfaite. Les conclusions de Babinski se sont imposées au monde entier. Tous les traités de médecine, tous les manuels de neurologie donnent, sur deux colonnes, les signes propres aux premières et aux secondes. Une autre question nous intéresse, non pas seulement parce qu'elle se rapporte plus à la psychiatrie qu'à la neurologie pure, mais parce que de nos jours encore, et malgré les leçons de Babinski, il semble qu'elle reste obscure dans l'esprit de nombreux médecins. C'est celle qui touche à l'hystérie et à l'angoisse. Ne sait-on pas que les grands cataclysmes, les tremblements de terre, les éruptions volcaniques, les incendies, les naufrages, les dangers du canon et des mitrailleuses au cours d'une bataille, pour les soldats engagés dans la mêlée, l'annonce de la mort d'un être cher, les grands périls que l'on court soi-même ou que courent ceux que l'on aime ne déclanchent pas de crises d'hystérie ?

Dans tous ces événements, l'angoisse est portée au maximum, comme elle l'était au début de son placement chez Mme Gir... dont nous avons résumé l'observation. Pour que se produise la crise d'hystérie et à plus forte raison, les accidents de type neurologique, il faut que le danger ne soit plus présent, que la souffrance morale ait eu le temps de s'apaiser partiellement, il faut que l'on ne soit plus accablé par sa douleur morale, que l'on ait le temps et les moyens d'adapter son attitude à des circonstances moins dramatiques; il faut, enfin, que le souvenir qu'il en reste — nous faisons allusion surtout à l'angoisse de guerre — permette de s'organiser en vue d'éviter, si l'on peut, le retour des mêmes tourments.

Il est normal d'avoir peur en face d'un danger évident et grave. Tous les soldats du front savent à quoi s'en tenir là-dessus. L'anxiété et l'angoisse pathologiques reproduisent exactement dans le domaine intellectuel, moral et physique, tous les signes, sans exception, de la peur légitime. On ne saurait les simuler. Comme l'a fait Babinski pour le diagnostic des

troubles organiques et ceux de l'hystérie, il serait facile de dresser sur deux colonnes la liste des signes généraux que présente une hystérique et celles des symptômes que l'on constate chez une anxieuse, si l'on peut dire, en état de mal. On apercevrait dans ce tableau synoptique de telles oppositions entre les deux syndromes, qu'il serait impossible de les confondre. Mais il arrive qu'en dehors des phobies et obsessions banales qui surgissent du fond de l'anxiété, il en est trois qui reviennent constamment dans les préoccupations de nos malades :

1° la peur de perdre la tête, peur fondée sur quelques défaillances de la mémoire, sur la difficulté à associer ses idées, à fixer son attention pour un travail de quelque durée, et aussi sur ces douleurs en casque ou ces douleurs de la nuque que l'on attribue si promptement à des lésions du cerveau ou du cervelet;

2° la peur d'avoir une paralysie, comme le font redouter le refroidissement des extrêmités, les paresthésies, les secousses musculaires, l'asthénie qui suit les grandes crises;

3° la peur de la mort subite qu'expliquent la tachycardie souvent atroce, l'impression — qui correspond à la réalité — d'une violente contrainte respiratoire, les transformations du visage, si l'on a la malchance de le voir dans une glace avec sa pâleur, ses joues soudainement creusées, tandis que les yeux s'enfoncent dans les orbites. Sans doute, il n'arrive rien de ce que les malades redoutent pendant les grandes crises; sans doute tout rentre en partie dans l'ordre après l'émission de copieuses urines claires. Il reste de ces épisodes une sorte de courbature morale et physique et, surtout, la certitude que l'on a couru un grand danger, que ce danger n'est pas évité et qu'il va pouvoir se reproduire d'une minute à l'autre. Nées de l'angoisse, de pareilles craintes la réveillent, si elle s'atténue, l'aident à se maintenir et à se développer. Aussi quelle différence entre ces malades, femmes pour la grande majorité, et les hystériques que l'on trouve tricotant, lisant, cousant et plaisantant avec leurs amies, paisiblement installées dans le lit où elles attendent la fin de leur paraplégie ou de leur astasie-

abasie ! Du côté hystérie : indifférence; du côté anxiété : phénomènes émotifs portés au plus haut point, accompagnés de symptômes cardiaques, respiratoires, vaso-moteurs, sécrétoires dont la réalité ne peut être suspectée, dont la gravité apparente effraye les malades et leur entourage. Il est tout à fait naturel qu'un être déjà sensible, en présence de troubles si impressionnants et si douloureux, s'en alarme; que pendant la crise aiguë et après elle, ce qu'il ressent ou le seul souvenir de ce qu'il a éprouvé lui impose l'idée de la mort à brève échéance ou d'une paralysie. Nous avons vu que dans les délires l'auto-suggestion jouait un rôle primordial. Il n'est pas moindre dans les états anxieux, même si les malades n'ont pas eu à subir les affres de la grande crise. C'est que — et c'est là une notion de la plus haute importance — les anxieux attachent leur croyance à l'idée du danger dont ils se disent menacés. L'indifférence des hystériques, au contraire, implique non la perte de leur sens critique, mais leur inaptitude totale à accorder la plus minime créance aux maladies qu'elles exhibent.

Quel que soit le mode de pénétration d'une idée dans la conscience — intuition, raisonnement, suggestion — la qualité de cette idée doit déterminer un certain nombre d'effets, variables selon qu'elle est en soi triste ou agréable : les réactions affectives sont de toutes les plus puissantes et celles que peut le mieux juger l'observateur. On les reconnaît dans l'anxiété; on ne les aperçoit pas dans l'hystérie. C'est que, nous dit-on, l'idée suggérée est inconsciente chez l'hystérique, ou a demi-consciente, ce qui n'est pas la même chose. Admettons-le un instant. La même inconscience totale ou partielle ne peut être invoquée en faveur de la maladie réalisée par un processus ignoré, mais dont les symptômes tombent sous le sens. Cet anxieux redoute une paralysie qu'il n'a point et il en est par avance très malheureux. Cette hystérique constate sa paralysie, et son affectivité n'en est pas ébranlée. Comment croire qu'elle croit elle-même à sa paralysie ? Un exemple pour souligner le contraste entre les deux cas :

OBSERVATION VI

Un médecin de Bordeaux reçoit ce télégramme : « Pouvez-vous examiner malade demain dix heures ? Signé Dr X. ». Réponse : « Vous attends, heure fixée ». Dix heures le lendemain. Le confrère se présente. Il a une belle tête aux traits bien marqués, un peu celle que l'image a popularisée du professeur Charcot à la Salpétrière. Mais il a l'air extrêmement inquiet. — « Votre malade n'est pas avec vous ? » — Lui : « C'est moi, le malade ». Et notre confrère d'expliquer qu'il est sur le point d'avoir une hémiplégie droite, qu'il a connu son malheur à des signes sûrs et qu'il vient, sans beaucoup d'espoir, s'informer de savoir si la catastrophe pourrait être évitée. Passons sur l'examen physique, sur l'état des réflexes qui étaient un peu vifs des deux côtés, sur la facilité de parole et d'articulation de notre malade; ne disons mot de son intelligence qui était brillante, de sa mémoire, de sa tension qui se révélait entièrement normale. Que s'était-il passé ? Dans la nuit de la veille, avant l'apparition du jour, il avait constaté, dans un demi-sommeil, que son avant-bras droit était engourdi, pour ne pas dire paralysé. Il s'était rendormi. En se levant à son heure habituelle, il avait été très ému au souvenir de ce qui lui était arrivé deux ou trois heures plus tôt; son anxiété grandissant, il avait exploré sa sensibilité à l'aide d'une épingle et s'étant découvert une anesthésie étendue à de larges zones de son côté droit, il en avait conclu que ses appréhensions étaient justifiées, d'où aggravation de son anxiété, désespoir. Il suffit d'un court rappel de certaines notions neurologiques, de piqûres faites à l'improviste et d'une faradisation légère de son avant-bras droit pour lui démontrer que ses craintes étaient vaines. Le malade, qui n'en était plus un, quitta le cabinet de son confrère bordelais, ravi de s'être trompé.

Anesthésie n'égale pas hystérie : c'est un phénomène assez commun qui peut être simulé, mais qui peut tenir à l'inhibition que créent de grandes émotions, à l'état de distraction où vivent quelques déments précoces, à la stupeur de certains mélancoliques. Dans notre observation, ce qui dominait, c'était l'anxiété accrochée à l'idée d'une paralysie illusoire. Dans quel état moral se fût trouvé notre confrère s'il avait été réellement paralysé ?

C'était une anxieuse et non une hystérique, cette malade de Gelma qui fut guérie par persuasion, qui, par sa crainte d'une grossesse, ressemblait tant à la jeune femme blanche, graduée de l'Université — quotient intellectuel 115 — dont Ruth Bochner et Florence Halpern, médecins de l'hôpital Bellevue, à New-York, nous rapportent l'histoire.

Ne nous hâtons pas de porter le diagnostic d'hystérie quand les troubles que nous constatons disparaissent sous l'influence de la persuasion. Si les grands accès d'anxiété sont longtemps rebelles à nos traitements, la psychothérapie améliore toujours et guérit parfois avec une surprenante rapidité ceux qui sont légers; en quoi ils diffèrent des accidents hystériques qui guérissent lorsque les malades veulent y consentir. Recherchons les signes physiques de l'angoisse, la tachycardie persistante, les troubles respiratoires, vaso-moteurs et sécrétoires; ne négligeons pas l'examen des réflexes qui se montrent si souvent exagérés, non plus que les troubles hépato-digestifs : ces derniers ont, à coup sûr, dans les névroses d'angoisse, une importance considérable. Tous ces symptômes nous mettront sur la bonne voie, aussi sûrement que l'étude du psychisme de nos malades de leurs complications affectives et de leur passé.

Reconnaissons qu'il se forme parfois des associations transitoires entre l'anxiété et l'hystérie. Il ne nous serait guère possible d'en citer de nombreux exemples. En voici un :

Observation VII

Une jeune femme venait d'avoir son deuxième enfant. Déjà fatiguée par sa grossesse, elle l'avait été davantage après son accouchement, et elle était tombée dans l'anxiété. Nous sûmes plus tard, en la suivant, que c'était une cyclothymique dont les accès de dépression et d'excitation étaient séparés par de longues périodes normales, au cours desquelles elle fit face avec un beau courage à des situations atroces. Revenons aux manifestations anxieuses qui avaient succédé à l'accouchement et qui, en pleine nuit, avaient invité sa famille à appeler un médecin de Bordeaux.

La malade, ceci soit dit en passant, habitait à 180 kilomètres de notre ville. Elle présentait tous les signes classiques de l'anxiété. Une crainte la dominait : celle de devenir folle; elle la confia tout de suite à son médecin qui s'efforça de l'apaiser. Elle insista cependant avec un effroi grandissant, répétant toutes les deux minutes : « Mais regardez-moi, j'ai des yeux de folle, des gestes de folle, des paroles de folle... Pourquoi soutenez-vous que je ne le suis pas! » On lui donna toutes les assurances possibles qu'elle ne pouvait pas l'être. Alors, elle fit sauter ses couvertures et sa chemise. Nue sur son lit, elle fit mine de s'étrangler avec la chaînette de son collier, égratigna la main du médecin et lui tordit un doigt, après quoi le regardant bien en face : « Et maintenant direz-vous encore que je ne suis pas folle ! » — « Oui ». Nous ne pouvons rapporter les arguments qui lui furent donnés. Qu'on s'obstinât à ne pas la croire folle, quand elle avait tant fait pour le paraître, la calma tout à coup. On la pria de remettre sa chemise et de refaire son lit. Quand elle eut repris une attitude plus décente et qu'elle put parler, elle s'écria : « Mon Dieu, mon Dieu, que j'avais peur ! ». Les scènes de ce genre cessèrent de se produire. La dépression s'atténua peu à peu et la guérison survint. Par les moyens en son pouvoir, notre jeune femme avait cru devoir imiter la folie pour deux raisons contraire : faire reconnaître le bien-fondé de sa crainte et en même temps se prémunir contre elle, en obligeant le médecin à la rassurer.

Quand, à l'anxiété se surajoutent des éléments d'une crise de nerfs à type convulsif, le diagnostic est des plus délicats. Rappelons-nous que beaucoup d'anxieuses ressentent cette impression « de boule » qui, remontant de l'estomac vers le cou les étouffe en arrivant dans la région supérieure des voies respiratoires. L'hystérie n'en a pas le monopole. Faire la part de ce qui revient à l'anxiété et à la dramatisation secondaire est une besogne ardue. Il semble cependant qu'en s'attachant à observer les symptômes qui ne peuvent pas être imités et ceux qui sont susceptibles de l'être par une sorte de complaisance des malades désireuses d'apitoyer leur entourage, on parviendra à une vérité approchée. Mais encore une fois, il s'agit là d'une dissociation de symptômes qui ne va pas sans cause d'erreurs.

Qu'elle est complexe cette question des émotions et de leurs réactions physiques ! Que dire de ce jeune fox si intelligent, mais toujours agité et trémulant qui se roule à terre en agitant ses pattes, quand on lui fait la grosse voix ! A-t-il une crise d'hystérie ou une crise d'angoisse ? Que dire des chiens soumis « au problème-box » et qui montrent des signes analogues, quand ils ne peuvent retrouver leur chemin dans le labyrinthe ? Il est certain que les émotions, quand elles sont vives, pénibles ou gaies — voir le Lachschlag d'Oppenheim — ont parfois des conséquences inattendues. Signalons sans entrer dans les détails l'article d'Ajuriaguerra : émotions et troubles toniques paroxyatiques. On y trouvera la description de syndromes (cataplexies, automatoses, hypertonies affectives) qui, par certains côtés, ressemblent à des manifestations hystériques, mais ne doivent pas être confondues avec elles.

CONCLUSIONS

1° Ni la suggestion pure, endogène ou exogène; ni la suggestion associée à la mythomanie et à une psychoplasticité particulière aidant à réaliser des troubles dont l'origine serait dans l'inconscient; ni le refoulement freudien qui laisse le sujet dans l'ignorance des causes de son mal et se rapproche par là des théories précédentes; ni les théories organicistes selon lesquelles il existe une « matière » à la primitive affection « sine materia », « matière » que l'on décèle dans les régions les plus variées de l'encéphale, ne sont capables de faire comprendre l'évolution si capricieuse des accidents hystériques, leur polymorphisme, leur caractère fantasque, leur mode de guérison.

2° Si l'on prend la peine de soumettre à une sévère critique un certain nombre d'observations dans la masse de celles qui ont été publiées, et si l'on suit attentivement des hystériques en traitement, on est frappé par leur indifférence en face de leur maladie, par leur indifférence vis-à-vis de leur guérison, comme s'ils ne croyaient pas à la réalité de troubles aussi évidents pour eux que pour autrui. En cours de route, il arrive qu'on les surprenne en flagrant délit de tricherie. A ces constatations, si l'on ajoute les aveux précoces et surtout tardifs de quelques malades, on est tout naturellement porté à penser que les accidents hystériques relèvent d'une simulation volontaire.

3° Cette notion invite à délaisser les définitions anciennes de l'hystérie. Il faut leur en substituer une autre mieux ajustée à la réalité des faits. Puisque nous n'admettons, depuis

Babinski, dans le cadre de l'hystérie que les seuls accidents susceptibles d'être reproduits par la volonté, ce dernier terme remplaçant avantageusement celui de « suggestion »; puisque, comme l'a démontré Boisseau, un homme sain peut, en effe , créer de toutes pièces, non seulement les signes les plus communs de l'hystérie, mais des symptômes hors série qui avaient pu faire penser à un subtratum organique, les mots de simulation volontaire entreront dans notre définition. Tenant compte cependant du fait que les accidents hystériques succèdent à des états dépressifs ou des déficiences mentales de causes multiples, nous proposerons la définition suivante : l'hystérie est une disposition plus ou moins morbide à simuler volontairement le pathologique.

4° Ceci établi, dans un chapitre réservé au diagnostic, laissant de côté ce qui a trait aux différences entre les accidents hystériques et les affections organiques, nous avons insisté sur ce qui sépare « les folies hystériques » des troubles mentaux véritables où l'auto-suggestion joue un rôle capital, comme elle le fait, d'ailleurs, dans les états anxieux. Ainsi l'opposition s'affirme-t-elle davantage entre les événements pathologiques sincères et ceux qui ne le sont pas.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes Confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins, je les instruirais et les soignerais sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

VU :
Le 30 mai 1952
Pour le Doyen,
L'Assesseur :
R. SIGALAS.

Bordeaux le 29 juin 1952,
Le Président de Thèse :
DELMAS-MARSALET

Vu et permis d'imprimer
Bordeaux, le 3 juin 1952,
Le Recteur,
E. DELAGE.

BIBLIOGRAPHIE

AJURIAGUERRA (J. DE). — *Emotions et troubles toniques paroxystiques*, l'Evolution psychiatrique. 1948, Fasc. II, 1-35.
— *Le Problème de l'hystérie*, l'Encéphale. 1951, tome XL, n° 1, 50-87.

ATHANASSIO. — *Des troubles trophiques dans l'hystérie.* Paris, 1890.

BABINSKI. — *Démembrement de l'hystérie traditionnelle.* Semaine médicale, 6 janv. 1909.
— *Œuvre scientifique.* Publiée par ses élèves, Barré, Chaillou... Masson, Paris, 1934.

BABINSKI et FROMENT. — *Hystérie, pithiatisme et troubles nerveux d'ordre réflexe.* Masson, Paris.

BARRÉ. — *L'Hystérie*, in traité de médecine. Masson, Paris 1949, t. 16, 1.199-1.235.

BARUCK. — *Compte rendu du Congrès de Bruxelles*, 1935. Revue neurologique, 1935. T. 64, n° 5, p. 795.
— *Psychiatrie morale, expérimentale, individuelle et sociale*, Presses univ. de France, 1945.

BERNHEIM. — *La Suggestion.* Le Temps, 28, I, 1891.
— *Hypnotisme, suggestion, psychothérapie.* Doin, 1891.

BERT (J.) et COURJON. — *Considération sur l'E.E.G. des hystériques.* Semaine des hôp., 2 sept. 1949, n° 65.

BOCHNER (R.) et HALPERN (F.). — *L'application clinique du test de Rorschart.* Presses univers. de F., Paris, 1948.

BOGAERT (L. VAN). — *L'hystérie et les fonctions diencéphaliques.* Rapport Congrès des méd. al. et neur., Bruxelles, 1935.

Boisseau (J.). — *Les signes objectifs de la douleur dans l'anesthésie simulée.* Réunion neurologique internat., 8-10 juillet 1937.

— *Hystérie et simulation.* Ann. méd. psych. T. II, juillet 1949 et oct. 1949.

— *Les troubles secondaires de l'hystérie. Les associations pithiatiques primo-secondo-tertiaires.* Ann. méd. psych., avril 1950, n° 4, p. 401.

Boisseau (J.) et Gastaut (H.). — *Le problème de l'anesthésie hystérique et sa réalité biologique.* Ann. méd. psych., févr. 1948, n° 2.

Bonnafé, Ey, Follin, Lacan, Rouart. — *Le problème de la psychogénèse des névroses et des psychoses,* Desclés de Brouwer, Paris, 1950.

Bonnet (H.), Bonnet (M.) et Courjon (J.). — *Considérations électrocliniques dans 400 cas d'action photo-cardiazolique.* Revue neurologique, T. 84, n° 6, 1951.

Bourguignon (G.). — *Chronaxiès vestibulaires et neuro-musculaires dans quelques cas d'hystérie.* Comptes rendus du Congrès des méd. al. et neur., Bruxelles, 1935.

— *Le rôle de la chronaxie dans l'étude de la douleur.* Revue neurologique, n° 1, juillet 1937.

— *Signes objectifs fournis par la chronaxie dans l'hystérie.* La Médecine, 29e année, n° 6, juin 1948. Compte rendu du Congrès des m. al. et neur., Besançon, 1950.

Boutonier (J.). — *L'Angoisse.* Presses univ. de Fr. 1945.

Breuer et Freud. — *Du mécanisme psychique des phénomènes hystériques. An. méd. psych.*, 1896, p. 123. T. II.

Chantemesse et Widal. — *Troubles trophiques liés à l'hystérie et simulant une névrite du plexus brachial.* Soc. méd. des hôp., 28 mars 1890.

Charcot (J.-M.). — *Du rôle de l'émotion dans la genèse des accidents névropathiques et psychopathiques.* Revue de neurologie, 1909, T. XVII, pp. 1.549-1.687.

— *L'œdème bleu des hystériques.* Progrès méd., oct. 1890

— *Préface de l'Hystérie et l'hypnotisme,* de Pitres.

Claude (H.). — Rapports. Congrès de Genève des méd. al. et neur., 1907, 1926.

— *Maladie du S. N.*, Paris, 1932, 2e édition, T. II, p. 835.

— *Rapport de l'hystérie avec la schizophrénie.* Ann. méd. psych., T. II, juin 1937, p. 1.

CODET. — *Le Problème de l'hystérie.* Evolution psychiatrique, 1936.

CRAWFORD (W.-J.). — *La mécanique psychique.* Paris, 1923.

DANJOU (P .). — *Valeur de la notion d'hystérie en psychiatrie.* A. M. P., 1943, T. II, p. 23.

DELAY (J.), MOREAU (J.)., SUTTEL (M.). — *Crises hystériques anesthésiques.* Ann. m. psych., 19454, T. II, 194.

DELAY (J.) et VERDEAUX (V.). — *E.E. graphie dans le diagnostic des crises nerveuses.* Progrès médical, 1950, n° 22.

DELMAS-MARSALET. — *L'évolution des idées sur l'hystérie.* Journal de méd. de Bordeaux, 20 mars 1936.

DIDE. — *L'hystérie et l'évolution humaine,* 1935.

DIEL (P.). — *Psychologie de la motivation.* Presses univ. de F., 1947.

DONNADIEU (A.). — *Pithiatisme indigène et guerre.* Maroc médical, n° 218, juillet-août 1941, p. 154.

— *Troubles moteurs hystériques et troubles délirants épisodiques chez les débiles mentaux.* Ann. méd. psych., 1946, T. II, p. 76.

DUBLINEAU (J.). — *Le Terrain convulsif.* Ann. méd. psych., 1944, T. II, p. 584.

EY (H.). — Conférence pour le médicat des hôp. psych. : *L'Hystérie.* 1951, non édité.

FAURE (J.). — *Eléments d'E.E. graphie psychiatrique.* Revue neurologique. T. 86, n° 6, 1950.

— *Aspect expérimental des névroses et névroses expérimentales.* Conférence faite le 28 mai 1951 à la Semaine neurologique de la Salpétrière. A paraître.

FAURE, CRENES, DUTERTRE, LAFON. — *Etude E.E. graphiques de 32 narco-analyses.* Revue neurologique, 1951, T. 84, n° 6.

FLOURNOY (H.). — *Troubles physiopathiques et suggestion.* Ann. m. psych., 1948, T. I., p. 92.

FREUD (S). — *Introduction à la psychanalyse.* Payot, 1922.

— *Psychologie de la vie quotidienne,* Payot, 1922.

— *Cinq leçons sur la psychanalyse,* Payot, 1923.

FROMENT (J.). — *L'accident hystérique pithiatique et la physiopathologie dite hystérique.* Ann. méd. psych., 1937, T. 67, n° 2, p. 154.

FROMENTY (L.-F.). — *Utilitarisme et hystérie.* Ann. méd. psych., févr. 1937, n° 2.

GALIMARD (P). — *Essai de systématisation des conditions mentales.* Ann. méd. psych., mai 1947, T. I, n° 5, p. 467.

GASTAUT (H.). — *Article in Encyclopédie médico-chirurgicale.* Système nerveux. T. I, 17.008, A. 40, p. 3.

GELMA (E.). — *Simulation et hystérie.* Ann. méd. psych., 1950, T. II, n° 108, pp. 162-172.

GUILLAIN (G.). — *Il est injustifié et erroné d'oublier l'œuvre de J.-M. Charcot sur l'hystérie et les névroses.* Semaine des Hôp., 1949, n° 4.

GUILLAIN et BARRÉ. — *Névrite irradiante.*

HECAEN (H.). — *Behaviorisme et neuro-psychiatrie.* Evolution psychiatrique. Fasc. I, 1950.

HEERNU (J.). — *La théorie des réflexes conditionnels en psychiatrie.* Journal Belge de neurologie et psychiatrie, 1947, vol. 47, F. 3.

HESNARD. — *L'Hystérie, névrose d'expression.* Evol. psychiatrique, 1937.

JAMPOLSKY (P.). — *La notion d'infantilisme affectif.* L'Hygiène mentale, 1948, pp. 121-132.

JANET (P.). — *L'Etat mental des hystériques.* Alcan, 1911.

— *Névroses et idées fixes.* Alcan, 1924.

— *Médications psychologiques.* Alcan, 1925.

— *La force et la faiblesse psychologique,* Maloine, 1930.

— *Hommage à P. Janet.* Evolution psych, 1950, Fasc. III..

JUNG (C.-G.). — *Métamorphoses et symboles de la libido,* Montaigne, 1927.

KLOTZ (H.-P.), BORENSTEIN (P.). — *Electroencéphalographie et spasmophilie.* Semaine des hôpitaux, 1949, n° 15, p. 640.

KLOTZ (H.-P.), BORENSTEIN (P.) et RIBIERE. — *Contribution à l'étude pathogénique des crises névropathiques.* Semaine des Hôpitaux, 1949, n° 15, pp. 625-633.

LEWENSTEIN (R.) et PARCHEMINEY. — *La conception psychanalytique de l'hystérie.* L'Encéphale, avril 1933, n° 4, p. 312.

LHERMITTE (J.). — *Qu'est-ce que l'hystérie.* Année thélogique, 1941, p. 115.

LOGRE (J.). — *L'Etat mental des hystériques,* in Traité de pathologie médicale, sous la direction d'E. Sergent. Psychiatrie, t. I, p. 312.

MANSEAUX (A.), BARDENAT et SUSINI. — *L'Hystérie chez l'indigène algérien, quelques aspects de ses manifestations en milieu militaire.* Ann. méd. psych., 1947, II, 1.

MARCHAND (L.) et AJURIAGUERRA (J. de). — *Epilepsies.* Paris, Desclées de Bronwers, 1948.

MARINESCO (G.). — Article in Revue de neurologie, oct. 1937.

MARINESCO et NICOLESCO (M.). — *Notes sur un cas d'hystérie.* J. de M. de P., 1932. T. 1.

— *Sur un cas d'amnésie hystérique.* L'Encéphale, 1933, n° 4, p. 257.

MARINESCO, SAKLER et KREINDLER. — Article in Revue de neurologie, 1939, n° 2.

MIGNOT (H.). — *Etude critique de l'exploration du psychisme sous état hypnagofique provoqué par les barbituriques.* Evolution psychiatrique, 1949, Fasc. 1, p. 27.

OULMONT et TOUCHARD. — *Les troubles trophiques dans l'hystérie.* Méd. Mod. 19 fév. 1891.

PARCHEMINEY (G.). — *Le Problème de l'hystérie.* Revue de psychanalyse, 1935.

— *Critique de la notion d'hystérie de conversion.* Evolution psych. 1949. Fasc. I, p. 47.

PAVLOV (J.). — *Essai d'une interprétation physiologique de l'hystérie.* L'Encéphale, avril 1933.

PERON (N.). — *L'hystérie, son rôle, sa clinique en neurologie contemporaine.* L'Encéphale, avril 1933, n° 4, p. 302.

PERRENS (Ch.). — *Sur la simulation.* Communication à la Soc. de méd. de La Rochelle, 1911.

— *L'hystérie.* Conférence aux étudiants mobilisés, 17 déc. 1939.

— *L'hystérie.* Conférence à l'A.C. des étudiants, mars 1942.

PITRES (A.). — *Hystérie et hypnotisme.* T. I et II. Doin, Paris, 1891.

POROT (d'Alger). — *La simulation des maladies mentales.* Rapport au Congrès des méd. al. et neurol. Luxembourg-Metz, 1-6 août 1921.

POROT et HESNARD. — *Psychiatrie de guerre.* Alcan, Paris.

ROUSSY (G.) et LHERMITTE (J.). — *Psychonévroses de guerre.* Masson et Cie, 1917.

SCHNYDER. — *Rapport sur la définition et la nature de l'hystérie.* Congrès des méd. al. et neur. Genève, 1907.

SOLLIER. — *L'hystérie.* Paris, 1897.

SUSINI. (R.). — *Aspects cliniques de l'hystérie chez l'indigène nord-africain* (en milieu militaire). Thèse. Alger, 1947.

TINEL. — *Réalités de certaines anesthésies hystériques.* Com. à la Soc. neurologique, 8 avril 1937. Revue neurologique, 1937, n° 4.

VINCENT (Cl.). — *L'Hystérie,* in traité de Médecine sous la direction d'E. SERGENT. Neurologie. T. II. Maloine, Paris 1924.